



EHESP

Elève directeur d'hôpital

Promotion : **2014-2016**

Date du Jury : ***décembre 2015***

**Le pilotage du développement de la
chirurgie ambulatoire : portée et
limites d'une démarche par les
indicateurs.**

**L'exemple des Hôpitaux Universitaires Paris Centre de
l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris**

Billy TROY

Remerciements

Je tiens tout d'abord à remercier l'ensemble des personnes rencontrées dans le cadre de la réalisation de ce mémoire pour leur disponibilité et les éclairages qu'ils ont apportés à cette étude. Ils sont nombreux et il serait trop long de les citer tous ici, aussi je leur renouvelle à tous mes remerciements les plus chaleureux déjà transmis de vive voix.

Je tiens à remercier tout particulièrement Anne Claude Gritton, directrice des finances du GH HUPC, qui en tant qu'encadrant de ce mémoire m'a beaucoup aidé par ses conseils et ses avis précieux. Je remercie également Hélène Gilardi, adjointe au directeur du GH HUPC, qui en tant que maître de stage m'a donné l'opportunité de m'intéresser à ce sujet passionnant et m'a soutenu dans la réalisation de ce mémoire.

Mes remerciements vont également à Patrick Houssel, directeur du GH HUPC, pour la qualité de son accueil.

Enfin, un merci spécial à Claire Archier, chargée du contrôle de gestion à la direction des finances du GH HUPC, avec qui j'ai travaillé et échangé avec beaucoup de plaisir et d'intérêt sur la question des tableaux de bord et du calcul de retour sur investissement.

Sommaire

Introduction	1
1 Le développement de la chirurgie ambulatoire : quels enjeux de pilotage pour les hôpitaux ?.....	3
1.1. La chirurgie ambulatoire : de nombreux bénéfices attendus	3
1.2. Une priorité nationale récente pour rattraper le retard par rapport à d'autres pays..	6
1.3. Les impacts du virage ambulatoire à l'hôpital et la nécessité du pilotage	12
2 Les indicateurs de la chirurgie ambulatoire à l'épreuve des réalités hospitalières.....	15
2.1. Les indicateurs de référence de la chirurgie ambulatoire : une grande diversité combinant aspects quantitatifs et qualitatifs	15
2.2. Les indicateurs de référence sont utiles mais insuffisants et des tableaux de bord propres à chaque établissement doivent être élaborés	25
2.3. Principaux enseignements et pistes de travail : certains enjeux majeurs restent encore peu suivis dans les tableaux de bord actuels	36
3 A la recherche d'indicateurs de l'impact financier du virage ambulatoire pour les hôpitaux	41
3.1. Les économies attendues du développement de la chirurgie ambulatoire : des estimations divergentes au niveau macro	41
3.2. Le calcul du retour sur investissement (ROI) : un outil meso imparfait mais qui intègre les investissements et leur impact pluriannuel.....	49
3.3. Comment dépasser les incertitudes sur l'impact financier ? Pistes de réflexion autour du dialogue de gestion et des questions tarifaires.....	55
Conclusion	57
Bibliographie	59
Liste des personnes rencontrées.....	I

Liste des sigles utilisés

AFCA : Association Française de Chirurgie Ambulatoire
ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance
APHP : Assistance Publique Hôpitaux de Paris
ARS : Agence Régionale de Santé
AS : Aides Soignants
ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
CH : Centre Hospitalier
CHR : Centre Hospitalier Régional
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CSP : Code de la Santé Publique
DIM : Directeur de l'Information Médicale
ETP : Equivalent Temps Plein
GH : Groupe Hospitalier
GHM : Groupe Homogène de Malade
HAS : Haute Autorité de Santé
HUPC : Hôpitaux Universitaires Paris Centre
IAAS: International Association for Ambulatory Surgery
IDE : Infirmiers Diplômés d'Etat
IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
IGF : Inspection Générale des Finances
IVG : Interruption Volontaire de Grossesse
MSAP : Mise Sous Accord Préalable
ONDAM : Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie
PM : Personnel Médical
PMA : Procréation Médicalement Assistée
PNM : Personnel Non Médical
SFAR : Société Française d'Anesthésie et de Réanimation
T2A : Tarification à l'activité
TROS : Temps Réel d'Occupation des Salles
TVO : Temps de Vacation Offert
UCA : Unité de Chirurgie Ambulatoire

Introduction

Depuis les années 2000, le développement de la chirurgie ambulatoire représente une priorité nationale portée par les pouvoirs publics. L'objectif fixé est d'atteindre une pratique ambulatoire majoritaire en chirurgie à l'horizon 2016 (secteurs privé et public confondus), et de se rapprocher du niveau de pays très avancés sur ce type de prise en charge, comme les pays scandinaves et d'Amérique du nord. En effet, la chirurgie ambulatoire permet au patient de bénéficier d'un acte chirurgical sans nuitée à l'hôpital. Cette prise en charge est donc supposée améliorer la qualité des soins, par une baisse des infections nosocomiales notamment, tout en réduisant les coûts de fonctionnement de l'hôpital, puisque les services sont fermés la nuit et les weekends. Ces bénéfices attendus répondent donc bien à l'enjeu central de l'efficacité dans les établissements de santé, qui vise à proposer des soins de meilleure qualité en maîtrisant voire réduisant les ressources mobilisées. Les pouvoirs publics mènent donc une stratégie volontariste de transfert des séjours de chirurgie conventionnelle vers la prise en charge ambulatoire, dans l'optique notamment d'économies pour l'assurance maladie.

Les hôpitaux constituent le point névralgique de cette transformation et doivent faire évoluer leurs pratiques pour contribuer à la croissance rapide du taux de chirurgie ambulatoire demandée par leurs tutelles. Or, les impacts du virage ambulatoire à l'hôpital sont majeurs et impliquent des transformations profondes : changement des pratiques médicales, construction d'unités dédiées à la chirurgie ambulatoire, refonte du circuit patient et organisations nouvelles de travail. Afin de piloter le changement, des tableaux de bord peuvent être construits à partir d'indicateurs. La diversité des enjeux liés à la chirurgie ambulatoire a ainsi favorisé la définition d'indicateurs nombreux et pluridimensionnels dans la littérature et au sein de différentes institutions spécialisées au niveau international et français.

Dès lors, face à la variété et la complexité des situations hospitalières, il semble important d'étudier dans quelle mesure ces indicateurs théoriques recommandés peuvent constituer des outils pertinents pour le pilotage des projets de chirurgie ambulatoire dans un hôpital donné. En effet, les indicateurs seront utilisés pour prendre des décisions structurantes, et ces tableaux de bord doivent permettre de suivre de manière fiable les objectifs propres à chaque établissement.

La présente étude analyse donc la portée et les limites des indicateurs de la chirurgie ambulatoire. Après une présentation de l'avancement actuel de la chirurgie ambulatoire en France et de ses conséquences à l'hôpital, un ensemble d'indicateurs théoriques,

parmi les plus utilisés, sont identifiés. Ils sont ensuite mis en discussion à partir de l'expérience de l'élaboration d'un tableau de bord de la chirurgie ambulatoire au sein du Groupe Hospitalier des Hôpitaux Universitaires Paris Centre de l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris, ainsi que des retours d'expérience d'autres établissements. L'analyse fait ressortir l'intérêt de plusieurs indicateurs mais aussi les précautions à prendre dans l'usage de certains autres. En outre, des besoins d'approfondissement sont identifiés sur certains points clés, comme le suivi de l'impact financier du virage ambulatoire pour les hôpitaux, pour lequel sont proposées des pistes de travail.

1 Le développement de la chirurgie ambulatoire : quels enjeux de pilotage pour les hôpitaux ?

1.1. La chirurgie ambulatoire : de nombreux bénéfices attendus

- **Définitions de la chirurgie ambulatoire**

Le principe général de la chirurgie ambulatoire est la réalisation d'une opération chirurgicale avec une sortie du patient le jour même de son intervention. Cependant, plusieurs définitions ont été formulées, incluant des conditions plus ou moins restrictives.

Deux de ces définitions sont particulièrement importantes à noter :

- La définition internationale

Elle a été formulée par l'International Association for Ambulatory Surgery (IAAS) : *“A surgical day case is a patient who is admitted for an operation on a planned non-resident basis and who nonetheless requires facilities for recovery. The whole procedure should not require an overnight stay in a hospital bed”*¹. Elle est fondée sur l'absence de nuit passée à l'hôpital.

Elle se distingue clairement d'autres concepts également utilisés dans le contexte international : « extended recovery », « 23 hours overnight stay » « single night » « short stay », qui correspondent à une hospitalisation entre 24 et 72h.

- La définition utilisée en France

Il existe deux formulations qui n'apportent pas les mêmes précisions. Tout d'abord, la conférence de consensus de mars 1993 a indiqué que : « la chirurgie ambulatoire est définie comme des actes chirurgicaux [...] programmés et réalisés dans les conditions techniques nécessitant impérativement la sécurité d'un bloc opératoire, sous une anesthésie de mode variable et suivie d'une surveillance postopératoire permettant, sans risque majoré, la sortie du patient le jour même de son intervention ». Elle définit ainsi les moyens médicaux et médico-techniques nécessaires à ce type de chirurgie.

¹ International Association for Ambulatory Surgery, European Agency for Consumers and Health, Danish Regions, 2013, *Day Surgery as the new paradigm of surgery, best practices and recommendations*, Policy Brief, Association of Danish Regions, 2013.

Par ailleurs, le Code de la Santé Publique (CSP) indique à l'article D. 6124 que « les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire dispensent, sur une durée journalière d'ouverture inférieure ou égale à douze heures, des prestations ne comprenant pas d'hébergement au bénéfice de patients dont l'état de santé correspond à ces modes de prise en charge. Les prestations délivrées équivalent par leur nature, leur complexité et la surveillance médicale qu'elles requièrent à des prestations habituellement effectuées dans le cadre d'une hospitalisation à temps complet »².

Cette définition apporte donc des précisions importantes :

- ✓ une contrainte horaire : la durée d'ouverture de la structure qui accueille l'activité est de 12 heures maximum, tandis qu'il n'y a pas de limite fixée au niveau international,
- ✓ les actes effectués sont les mêmes qu'en chirurgie conventionnelle. Ce n'est pas l'opération qui est ambulatoire, mais le patient. La spécificité réside dans les conditions d'organisation.

En outre, les activités de chirurgie ambulatoire sont soumises à autorisation comme l'ensemble des activités chirurgicales (article R. 6122-25 du CSP).

- ***Les bénéfices de la chirurgie ambulatoire font consensus***

La chirurgie ambulatoire est aujourd'hui associée à des bénéfices importants par rapport à une prise en charge conventionnelle, qui font consensus pour de nombreuses institutions de référence dans le domaine de la santé. L'IAAS³ situe ainsi les avantages à quatre niveaux :

- Médical

Les études portant sur la chirurgie ambulatoire montrent que cette activité est aussi sûre pour le patient, sinon plus, que la chirurgie conventionnelle. En particulier, les infections nosocomiales sont réduites via plusieurs effets :

- ✓ l'exposition au risque d'infections associées aux soins augmente avec la durée de l'hospitalisation ; une sortie précoce du patient en ambulatoire réduit donc la probabilité d'être exposé.

² HAS, ANAP, 2012, *Socle de connaissances, Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire*, Haute Autorité de Santé, 2012.

³ International Association for Ambulatory Surgery, European Agency for Consumers and Health, Danish Regions, 2013, *Day Surgery as the new paradigm of surgery, best practices and recommendations*, Policy Brief, Association of Danish Regions, 2013.

- ✓ le risque d'infection en salle d'opération augmente lors d'interventions prolongées exposant plus longtemps les tissus ; l'utilisation de techniques mini-invasives en chirurgie ambulatoire minore donc ce risque⁴.
- ✓ les patients d'ambulatoire sont séparés des patients plus lourds hospitalisés dans des unités conventionnelles.

Ainsi, le taux de mortalité est très faible et les complications post-opératoires, bien que relativement fréquentes, ne sont que d'une faible gravité.

- Social

La prise en charge en ambulatoire, sans nuit à l'hôpital, a moins d'impact dans la vie quotidienne du patient. Celui-ci peut retourner à son domicile le jour même de l'opération, ce qui est moins perturbant en particulier pour les enfants et les personnes âgées – le séjour hospitalier pouvant être pour ces dernières un facteur d'apparition et d'aggravation de confusions mentales. En outre, le nombre d'opérations en urgences est plus limité en ambulatoire ce qui réduit les annulations et reports de patient programmés. Les organisations étant également plus centrées sur les besoins du malade, le degré de satisfaction des patients se situe généralement à un niveau élevé.

- Economique

Plusieurs études montrent que la chirurgie ambulatoire peut permettre une utilisation plus efficiente des ressources (personnel, équipements et blocs opératoires)⁵. Le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) et de l'Inspection Générale des finances (IGF)⁶ identifie des économies de fonctionnement possibles pour les hôpitaux :

- ✓ la baisse de la masse salariale, du fait de la suppression des équipes de nuit et de weekend,
- ✓ la réduction des dépenses hôtelières et logistiques (restauration, blanchisserie, déchets notamment).

Outre ces baisses de charge, le rapport note que des économies supplémentaires peuvent être réalisées par des gains de productivité. En effet, à capacitaire de lits et places identique, le nombre de patients est plus élevé en chirurgie ambulatoire, car il y a plus d'un patient par jour en moyenne sur les places d'ambulatoire. Enfin, la baisse de l'activité conventionnelle liée au transfert vers l'ambulatoire peut amener à regrouper les

⁴ HAS, ANAP, 2012, *Socle de connaissances, Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire*, Haute Autorité de Santé, 2012.

⁵ Voir par exemple NHS Modernisation Agency, 2004, *10 High Impact Changes for Service Delivery and Improvement*, London.

⁶ IGAS, IGF, 2014, *Perspectives du développement de la chirurgie ambulatoire en France*, rapport IGAS N°2014-039R.

services de chirurgie conventionnelle de plusieurs établissements voisins, engendrant également des économies.

- Managérial

Les activités de chirurgie ambulatoire permettent de travailler sur deux axes :

- ✓ les conditions de travail des personnels de santé (médecins, Infirmiers Diplômés d'Etat (IDE), Aides Soignants (AS)), avec une activité exclusivement de jour et en semaine qui facilite l'équilibre entre vie professionnelle et personnelle,
- ✓ l'organisation de l'offre de soins, avec une séparation entre les structures ambulatoires, basées sur des procédures standardisées et séquentielles, et les unités conventionnelles, hébergeant des cas beaucoup plus complexes et nécessitant donc des approches plus itératives et exploratoires.

1.2. Une priorité nationale récente pour rattraper le retard par rapport à d'autres pays

Le principe de la chirurgie ambulatoire n'est pas nouveau. Le chirurgien écossais James Nicoll est ainsi reconnu comme le fondateur de la chirurgie ambulatoire moderne au début du XX^{ème} siècle. Il a en effet opéré des patients selon ce mode dans un hôpital pédiatrique de Glasgow et documenté les résultats de cette approche⁷.

Néanmoins, ce mode de prise en charge novateur n'a pas diffusé immédiatement dans les pratiques médicales. C'est aux Etats Unis, dans les années 1960, que le développement commence réellement avec l'apparition d'unités dédiées à l'ambulatoire⁸. La diffusion se fait progressivement en Europe avec une accélération forte durant les années 1990 et 2000, du fait notamment de la progression des techniques d'anesthésie et de chirurgie moins invasive.

A ce titre, l'exemple de l'opération de la cataracte est frappant. Dans les années 1980, cette intervention impliquait de 3 à 7 jours d'hospitalisation. Avec le développement combinée de l'anesthésie topique, de techniques chirurgicales améliorées et d'implants, l'opération est aujourd'hui réalisée quasi-systématiquement en ambulatoire⁹.

⁷ Nicoll JM, 1909, *The surgery of infancy*, BMJ ii: 753–756.

⁸ Jarrett PEM, Staniszewski A, 2006, "The development of ambulatory surgery and future challenges", in Lemos P, Jarrett PEM, Philip B (eds), *Day surgery – development and practice*, London: International Association for Ambulatory Surgery: 89–124.

⁹ Dupeyron G., 2007, *Chirurgie de la cataracte, histoire récente d'un grand progrès chirurgical*, Journal français d'orthoptique, 2007, vol. 39, 10, p.71-78, ISSN 0240-7914.

Le développement de la chirurgie ambulatoire s'est fait inégalement selon les pays. Les pays les plus avancés sont les Etats Unis, le Canada et les pays d'Europe du Nord, avec notamment la mise en œuvre de politiques publiques volontaristes mobilisant différents leviers (financement, organisation, régulation). Dans les pays du sud et de l'est de l'Europe, la chirurgie ambulatoire est moins fréquente.

La figure 1 ci-dessous indique ainsi que la chirurgie ambulatoire représentait 36% du total actes chirurgicaux en France en 2009, contre 74% au Danemark et 52% au Royaume Uni¹⁰. Aux Etats Unis, sur 37 procédures retenues par l'IAAS (par exemple la cataracte), le taux de chirurgie ambulatoire s'élevait en 2004 à 83,5%, contre 44,9% en France¹¹.

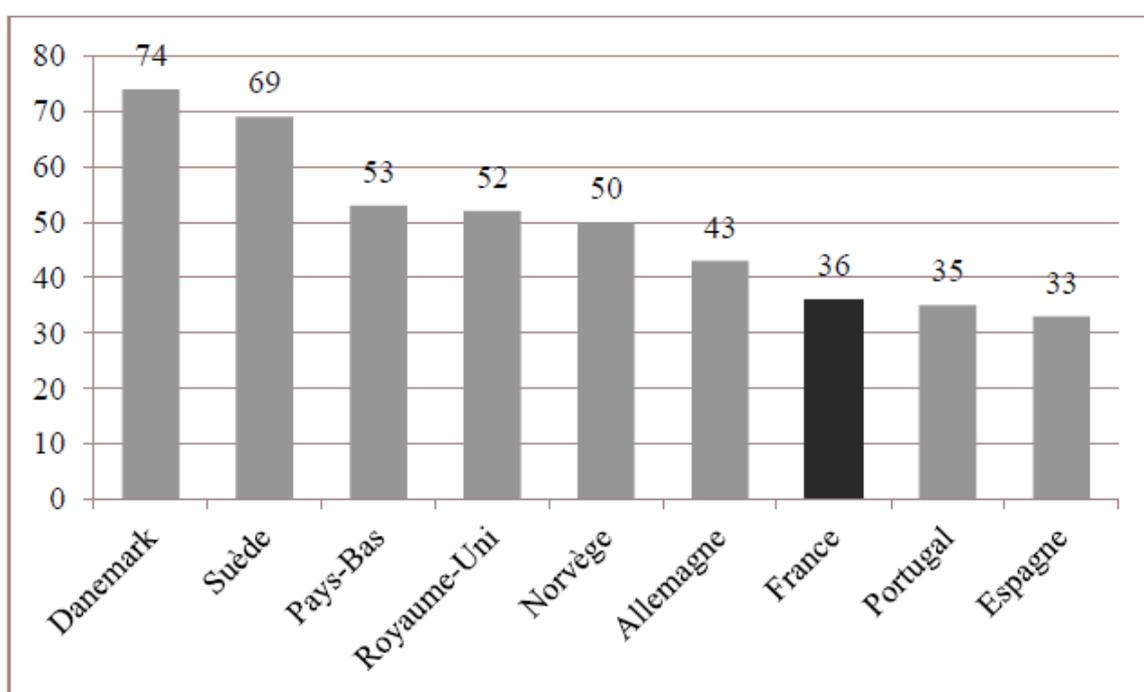


Figure 1 : part (en %) de la chirurgie ambulatoire dans le total de actes de chirurgie pour différents pays européens en 2009 (source : Cour des Comptes, 2013, d'après IAAS, 2011).

Les comparaisons entre pays doivent toutefois être considérées avec prudence. En effet, le périmètre des actes retenus pour calculer le taux de chirurgie ambulatoire est plus restreint en France que dans d'autres pays. Certains actes ne sont pas intégrés, comme les avulsions dentaires, les biopsies prostatiques ou encore les interruptions volontaires de grossesse instrumentales (bien que ces dernières soient retenues par l'IAAS). Une simulation réalisée par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) montre que la prise en compte de ces gestes augmenterait le taux de chirurgie

¹⁰ Cour des Comptes, 2013, *Rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité Sociale, Chapitre VIII La chirurgie ambulatoire*, Cour des Comptes, septembre 2013.

¹¹ International Association for Ambulatory Surgery, 2006, *Day surgery, Development and practice*, London: IAAS; 2006.

ambulatoire en France de 3 à 5 points, voire plus¹². Par ailleurs, la collecte des données entre pays n'est pas homogène. Néanmoins, même en considérant que le mode de calcul sous-estime le taux pour la France, le différentiel avec les pays les plus avancés dans la chirurgie ambulatoire reste significatif.

En France, les activités de chirurgie ambulatoire, démarrées plus tardivement que dans d'autres pays, sont actuellement sur une trajectoire dynamique. Le volume d'actes réalisés en ambulatoire a progressé de 38% entre 2007 et 2013, et le taux de chirurgie ambulatoire est passé de 32,3% en 2007 à 42,7% en 2013¹³.

Ce développement se réalise de manière hétérogène à 3 niveaux :

- Les actes

Le volume et la croissance des actes sont concentrés sur un nombre limité de gestes. Ainsi, en 2012, 17 gestes (cf. tableau 1) représentaient 60% de l'activité ambulatoire et 66% de la croissance de cette activité. Les interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie représentaient à elles seules quasiment autant d'actes ambulatoires que les 16 autres gestes réunis.

¹² IGAS, IGF, 2014, *Perspectives du développement de la chirurgie ambulatoire en France*, rapport IGAS N°2014-039R.

¹³ Ibid.

Tableau 1 : évolution du nombre d'actes de chirurgie ambulatoire pour 17 gestes marqueurs sur la période 2009-2012 (source : IGAS et IGF, 2014)

Gestes	2009	2010	2011	2012	Croissance 2009-2012 (en %)	Part du geste dans le volume total des actes (en %)
Biopsies et excisions locales pour des affections non malignes du sein	7 814	7 222	7 324	7 704	-1,4	0,4
Interventions pour oreilles décollées	32 857	31 311	32 123	33 042	0,6	0,5
Drains transtympaniques, âge supérieur à 17 ans	8 938	9 616	10 018	9 926	11,1	0,6
Interventions réparatrices pour hernies et éventrations, âge inférieur à 18 ans	4 609	4 834	5 635	5 732	24,4	0,7
Interventions sur les testicules pour affections non malignes, âge inférieur à 18 ans	5 454	6 006	6 638	7 296	33,8	1,1
Interventions sur la région anale et périanale	20 467	21 264	22 709	23 424	14,4	1,1
Autres arthroscopies du genou	136 537	136 482	140 476	139 632	2,3	1,5
Interventions sur la vulve, le vagin ou le col utérin	17 762	18 365	19 755	20 861	17,4	1,7
Dilatations et curetages, conisations pour affections non malignes	10 981	11 692	13 426	14 256	29,8	2,0
Drains transtympaniques, âge inférieur à 18 ans	24 204	25 488	27 034	27 449	13,4	2,5
Interventions réparatrices pour hernies inguinales et crurales, âge supérieur à 17 ans	84 815	87 255	89 129	90 760	7,0	4,3
Ménisectomie sous arthroscopie	8 327	10 085	12 022	14 363	72,5	6,7
Circoncision	84 803	87 682	91 279	91 612	8,0	6,8
Ligatures de veines et éveinages	85 917	86 793	93 440	97 131	13,1	6,9
Autres interventions sur la main	68 930	82 708	89 383	92 556	34,3	7,2
Libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels	20 837	39 854	51 493	57 425	175,6	10,4
Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie	497 802	536 794	577 122	615 369	23,6	45,6
Total	1 121 054	1 203 451	1 289 006	1 348 538	20,3	100,0

- Le type d'établissement

Le taux de chirurgie ambulatoire est plus élevé dans le secteur privé que dans les hôpitaux publics. Ainsi, en 2012, les taux étaient de 49,1% dans le secteur privé lucratif, 38,5% dans les établissements privés à but non lucratif, 32,6% dans les Centres Hospitaliers (CH) et 23,6 % dans les Centres Hospitaliers Universitaires et Régionaux (CHU et CHR)¹⁴.

Cette disparité peut s'expliquer par l'aspect peu incitatif à l'ambulatoire du système de financement antérieur à la tarification à l'activité (T2A), i.e. la dotation globale, ainsi que le case mix spécifique des hôpitaux publics.

- Les régions

En 2011, le taux de chirurgie ambulatoire variait de 10 points entre les régions les plus avancées (41 à 45%) et les moins avancées (35 à 37%)¹⁵ – cf. figure 2. Cette différence s'explique en partie par l'inégale densité d'établissements privés entre les régions, ces derniers ayant plus développé l'ambulatoire ce qui tire vers le haut le taux moyen.

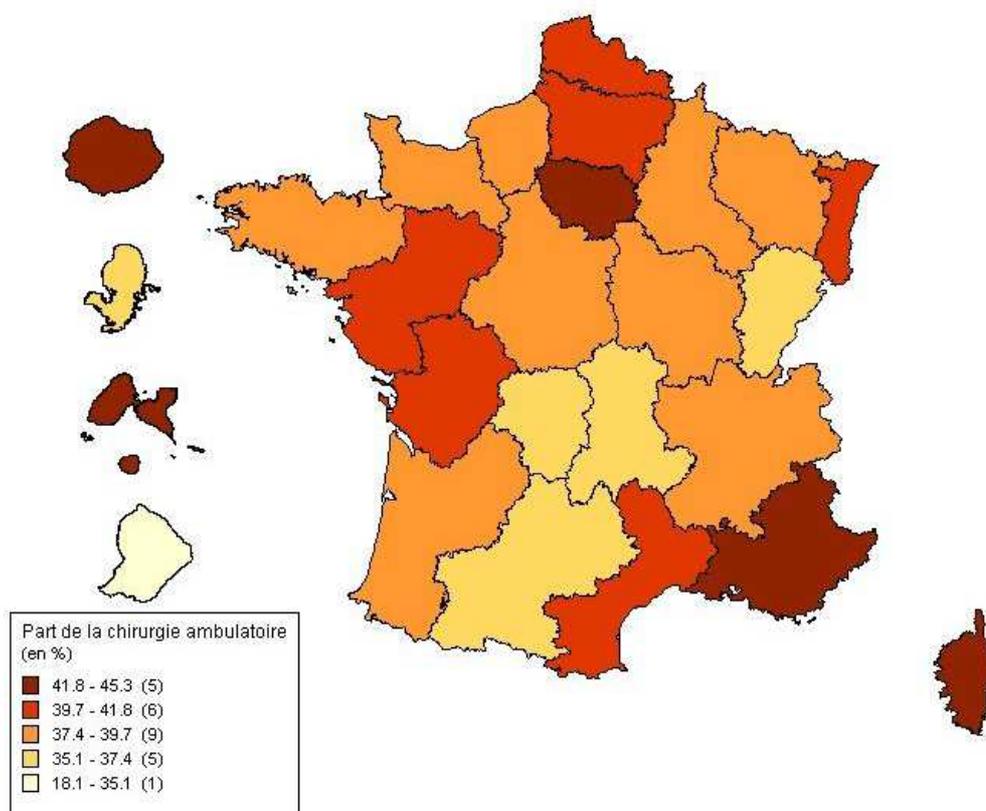


Figure 2 : taux de chirurgie ambulatoire par région en 2011 (source : Cour des comptes, 2013)

¹⁴ Ibid.

¹⁵ Cour des Comptes, 2013, *Rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité Sociale, Chapitre VIII La chirurgie ambulatoire*, Cour des Comptes, septembre 2013.

La chirurgie ambulatoire en France est donc une dynamique récente, se diffusant de manière hétérogène et montrant des écarts encore importants avec les pays anglo-saxons et scandinaves. Aussi, des politiques volontaristes ont été mises en place pour faire progresser la chirurgie ambulatoire à l'échelle nationale.

Si la chirurgie ambulatoire fait l'objet de soutiens par le ministère de la santé depuis 2003, c'est à partir de 2010 que celle-ci est identifiée comme une priorité nationale par la directive du 19 juillet 2010 du ministère¹⁶. Dès lors, différents outils ont été mis en place pour favoriser son développement :

- La fixation de cibles nationales de chirurgie ambulatoire dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens signés avec les ARS. Ainsi, à l'issue d'une concertation nationale associant l'ensemble des parties concernées, la cible d'un taux de chirurgie ambulatoire supérieur à 50% à horizon 2016 a été retenue à l'échelle du territoire national. Cette cible a été inscrite dans la contractualisation de l'Etat avec les ARS pour la période 2012-2016, en fonction de la situation de départ des régions et dans une perspective de réduction des écarts entre les régions¹⁷. Le plan ONDAM 2015-2017 intègre également un objectif de taux de chirurgie ambulatoire de 62% à l'horizon 2020.
- Une politique tarifaire incitative pour les actes ambulatoires : à partir de 2007, un tarif unique a été mis en place pour certains Groupes Homogènes de Malades (GHM). Pour ces GHM, le tarif est identique pour les séjours ambulatoires (GHM cotés en J) et les séjours sans sévérité avec nuitée (GHM coté en 1). En fonction du degré de développement de la chirurgie ambulatoire sur le GHM, le tarif unique sur-tarifie les séjours ambulatoires (taux d'ambulatoire faible sur le GHM, que l'on souhaite augmenter) ou au contraire sous-tarifie l'hospitalisation conventionnelle (si le taux d'ambulatoire est fort sur le GHM). Ce système concernait 111 GHM dans le secteur public en 2014. Par ailleurs, les bornes basses ont été peu à peu supprimées pour les racines de GHM ayant un tarif J en 2014, ce qui conduit à ne plus pénaliser financièrement les séjours à durée faible et favorise donc l'ambulatoire.

¹⁶ IGAS, IGF, 2014, *Perspectives du développement de la chirurgie ambulatoire en France*, rapport IGAS N°2014-039R.

¹⁷ Ministère de la Santé, *La chirurgie ambulatoire : une alternative à l'hospitalisation conventionnelle*. [mise à jour le 10 juillet 2015], disponible sur internet : <http://www.sante.gouv.fr/la-chirurgie-ambulatoire-une-alternative-a-l-hospitalisation-conventionnelle.html>

- La mise sous accord préalable (MSAP) : mise en place en 2008, elle repose sur une liste de « gestes marqueurs » pour lesquels une prise en charge en hospitalisation complète (hors urgences) est soumise à l'accord préalable de l'assurance maladie. Si cet accord est refusé, c'est le tarif de l'ambulatoire qui s'applique. La liste des gestes marqueurs évolue chaque année et est en augmentation : de 5 gestes en 2008 à 43 en 2014 et 55 en 2015.
- La mise à disposition de guides et outils aux ARS et aux établissements de santé pour faciliter la contractualisation entre eux.

Ces outils sont déployés avec des objectifs chiffrés de développement de la chirurgie ambulatoire au niveau national. L'atteinte de ces objectifs volontaristes nécessite donc une accélération du rythme de la transition ambulatoire dans les établissements de santé, en particulier dans les hôpitaux publics et parmi eux les CHU, pour lesquels les taux sont les moins élevés. Cependant cette transition implique des mutations structurelles importantes.

1.3. Les impacts du virage ambulatoire à l'hôpital et la nécessité du pilotage

Le développement de la chirurgie ambulatoire dans les établissements de santé passe par des restructurations profondes de l'activité chirurgicale, qui ont un impact sur les personnels, l'emprise immobilière et les équipements.

De par ses spécificités, l'activité ambulatoire doit ainsi être organisée dans une structure appropriée. Quatre modèles sont habituellement identifiés, par ordre croissant d'autonomie de l'activité ambulatoire¹⁸ :

- i. les structures intégrées : c'est le modèle le plus ancien. Localisée dans une unité de chirurgie conventionnelle, la structure dispose de ses propres locaux d'accueil et de séjour, mais les salles de bloc sont partagées avec la chirurgie classique. Il est établi que ce type de modèle favorise le maintien de modes d'organisation liés à la chirurgie conventionnelle et peut donc ralentir le développement de l'activité ambulatoire.

¹⁸ International Association for Ambulatory Surgery, European Agency for Consumers and Health, Danish Regions, 2013, *Day Surgery as the new paradigm of surgery, best practices and recommendations*, Policy Brief, Association of Danish Regions, 2013.

- ii. les structures de fonctionnement autonome : comme les structures intégrées, elles disposent de leurs propres locaux d'accueil et de séjour, avec en plus des salles opératoires dédiées à l'intérieur du bloc commun avec la chirurgie conventionnelle.
- iii. les structures satellites : celles-ci restent situées dans l'hôpital, mais sont physiquement séparées des unités de chirurgie classique. Elles comprennent un bloc opératoire dédié et mobilisent des personnels et des équipements qui lui sont propres et non partagés avec d'autres unités.
- iv. les structures indépendantes : elles sont situées hors d'un hôpital, dédiées à l'ambulatoire et avec des ressources propres en personnel et équipements. Ce sont des structures satellites entièrement « sorties » de l'hôpital et indépendantes de celui-ci.

En France, les structures rencontrées sont de type i., ii. et iii. Les structures indépendantes sont peu courantes. Il s'agit de noter que cette classification n'est pas rigide et il peut exister des structures « hybrides » combinant les caractéristiques de différents modèles. Par ailleurs, dans certains pays comme l'Australie, l'activité ambulatoire peut être pratiquée par des médecins de ville, dans des unités adossées à leur cabinet. En France, cette pratique n'est pas autorisée.

Les établissements de santé sont donc amenés, dans l'optique de rendre concrets les bénéfices attendus de la chirurgie ambulatoire, à créer des structures de type ii. ou iii. - le type i. étant peu propice à une approche ambulatoire dédiée. Cette stratégie, soutenue par les tutelles dans le cadre de l'atteinte d'objectifs nationaux, se développe avec des conséquences majeures.

Ainsi, la création d'Unités de Chirurgie Ambulatoire (UCA) peut représenter un investissement en travaux substantiel, soit en créant de nouvelles surfaces soit en réutilisant des surfaces existantes. L'impact architectural et financier n'est pas neutre dans les établissements. De plus, une UCA nécessite des personnels dédiés, qui doivent être formés et acteurs d'une approche ambulatoire spécifique, à la fois dans les activités médicales et paramédicales. La prise en charge des patients spécifique à l'ambulatoire nécessite dès lors un degré élevé de maturité dans l'organisation et le fonctionnement de l'UCA. Pour l'atteindre, des outils sont nécessaires pour suivre et piloter le virage ambulatoire dans l'établissement.

2 Les indicateurs de la chirurgie ambulatoire à l'épreuve des réalités hospitalières

Le virage ambulatoire dans un hôpital met en jeu plusieurs problématiques :

- ✓ L'activité : l'augmentation de la part des séjours ambulatoires dans le volume de séjours chirurgicaux global implique un transfert de certains séjours réalisés en hospitalisation complète vers l'UCA. Par ailleurs, l'UCA peut également accueillir de nouveaux types de séjours. L'activité chirurgicale doit donc être suivie à l'échelle de l'hôpital en faisant apparaître les structures d'UCA et les unités conventionnelles.
- ✓ Le fonctionnement de l'UCA : le développement de l'activité ambulatoire nécessite une utilisation optimisée des capacités de l'UCA en salles d'opération et en places. Celle-ci se construit en associant les différentes disciplines médicales intervenant à l'UCA dans une approche pluridisciplinaire.
- ✓ La qualité : la prise en charge ambulatoire fait appel à des procédures standardisées spécifiques pour assurer au patient une qualité et une sécurité des soins élevées.

Ces différentes dimensions sont à appréhender en fonction du stade de développement de l'ambulatoire dans l'établissement : conception des projets, par exemple la création d'une UCA, lancement puis montée en puissance des activités.

Il est donc apparu nécessaire de développer des outils pour suivre ces différents paramètres et accompagner une dynamique de structuration de l'offre de soins ambulatoire à l'hôpital qui se réalisera en plusieurs étapes. Parmi ces outils, des indicateurs ont été proposés par différentes institutions. Mais le tableau de bord qu'ils composent doit être adapté à la situation propre de chaque établissement.

2.1. Les indicateurs de référence de la chirurgie ambulatoire : une grande diversité combinant aspects quantitatifs et qualitatifs

Différentes institutions de référence ont proposé des indicateurs liés à la chirurgie ambulatoire pour permettre de suivre et de piloter le développement de cette activité.

Le présent rapport présente les indicateurs mis en avant par quatre institutions : l'ANAP, la HAS, l'IAAS et l'Association Française de Chirurgie Ambulatoire (AFCA). Ils concernent les enjeux de l'activité, essentiellement décrits par l'ANAP, et de la qualité des soins, détaillés par les quatre structures.

- **Les indicateurs d'activité**^{19 20}

- **Taux d'ambulatoire dans l'activité chirurgicale de l'établissement**

Cet indicateur est calculé comme :

(Nombre de séjours chirurgicaux ambulatoires / nombre total de séjours chirurgicaux (quelle que soit la durée))*100

Il peut être mesuré sur un pas de temps hebdomadaire, mensuel ou annuel.

Il nécessite d'avoir défini clairement le périmètre de la chirurgie ambulatoire de l'établissement. Celui-ci doit être analysé sous plusieurs angles :

- ✓ les structures : le taux de chirurgie ambulatoire peut intégrer les UCA, les hôpitaux de jour dans les services de chirurgie et les actes ambulatoires réalisés au sein des unités de chirurgie conventionnelle, également appelés « ambulatoire forain »,
- ✓ les spécialités médicales : il est important de bien identifier les spécialités qui pratiquent des actes ambulatoires. Le taux peut alors être calculé également par spécialités pour suivre la transition vers l'ambulatoire et permettre des comparaisons entre établissements,
- ✓ les actes : le taux de chirurgie ambulatoire peut varier en fonction de la prise en compte ou non de certains actes. Ainsi, classiquement, les actes d'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) et de Procréation Médicalement Assistée (PMA) ne sont pas inclus dans le périmètre bien qu'étant réalisés à très forte proportion en séjours de 0 nuit (alors que dans certains pays ils sont comptabilisés dans le taux de chirurgie ambulatoire – cf. partie 1.). En outre, il peut être intéressant de produire un taux de chirurgie ambulatoire sur les gestes marqueurs définis par l'assurance maladie (cf. partie 1.2.), ces derniers ayant vocation à être réalisés en ambulatoire de manière prioritaire.

¹⁹ ANAP, 2010, *Piloter l'activité, mesurer l'efficacité, Répertoire d'indicateurs*, Agence Nationale d'Appui à la Performance, Paris, février 2010.

²⁰ ANAP, 2013, *Chirurgie ambulatoire, mode d'emploi*, Agence Nationale d'Appui à la Performance, Paris, novembre 2013.

C'est cet indicateur qui fait l'objet des cibles nationales rappelées dans la partie 1 (objectif national de 50% à l'horizon 2016). Il constitue donc un enjeu majeur actuellement entre les hôpitaux et les ARS.

- **Taux de rotation sur les places de l'unité de chirurgie ambulatoire**

Cet indicateur se calcule de la manière suivante :

(Nombre de patients accueillis à l'UCA sur la période de mesure / nombre de places disponibles à l'UCA sur la période de mesure)*100

Le taux de rotation vise à suivre l'utilisation optimale des capacités de l'UCA. Il mesure le remplissage de l'unité au niveau des places et donne une indication de la maturité organisationnelle de l'unité, sa maîtrise de la programmation et des durées de séjours des patients. Il peut être intéressant de le décomposer selon :

- ✓ La période de temps : un taux lissé sur l'année permet d'évaluer le remplissage de l'unité. Cependant, construire un taux de rotation en fonction des jours de la semaine permet de tenir compte du caractère variable de l'activité.
- ✓ Les spécialités médicales : dans le cas d'une UCA pluridisciplinaire, les places peuvent être affectées ou non aux spécialités qui opèrent dans l'unité. C'est le cas par exemple si chaque jour de la semaine est affecté à une spécialité unique.

En général, un taux compris entre 125 % à 150 % constitue un objectif raisonnable pour une UCA multidisciplinaire avec un recrutement standard. Mais le taux dépend des spécialités médicales de l'UCA et de la lourdeur des patients. Le taux cible minimal pour une UCA doit être de 100 %.

- **Taux de chirurgie ambulatoire foraine**

L' « ambulatoire forain » correspond à des séjours chirurgicaux de zéro nuit effectués dans des unités d'hospitalisation complète i.e. hors UCA ou unité d'hospitalisation de jour. Il se calcule de la manière suivante :

(Nombre de séjours chirurgicaux de zéro nuit effectués dans des unités d'hospitalisation complète / Nombre total de séjours chirurgicaux ambulatoires)*100

Ce taux se mesure sur un pas de temps d'une certaine durée, par exemple le mois ou l'année.

L'objectif de cet indicateur est d'identifier des séjours qui sont déjà faits sans nuitée à l'hôpital mais qui ne sont pas encore réalisés au sein d'une UCA. L'enjeu est de pouvoir transférer ces séjours dans les UCA afin de permettre une prise en charge dédiée à l'ambulatoire et de libérer des ressources en hospitalisation conventionnelle. Il s'agit de noter que cela n'a pas d'impact sur le taux de chirurgie ambulatoire global de l'établissement, puisque celui-ci intègre tous les séjours de zéro nuit quelle que soit la structure. Il est intéressant de regarder le taux de chirurgie ambulatoire foraine par spécialité, pour identifier les « gisements » de transfert de séjours zéro nuit vers l'UCA.

Selon l'AFCA²¹, la prise en charge, en hospitalisation conventionnelle, des patients opérés en ambulatoire contribue à une moindre qualité des soins. Le taux de chirurgie ambulatoire « forain » est donc un indicateur de non qualité des soins et de non sécurité, et pas seulement d'activité.

- **Les indicateurs de qualité**

Les indicateurs de qualité sont beaucoup plus nombreux que les indicateurs d'activité, et les sociétés savantes et les institutions impliquées sur la qualité des soins ne mettent pas nécessairement en avant les mêmes indicateurs. Ainsi, les indicateurs de qualité regroupent des enjeux différents : certains indicateurs portent sur la qualité et la sécurité des soins (par exemple le taux de transfert en hospitalisation complète) et d'autres sur la qualité organisationnelle de la prise en charge (par exemple une partie des motifs d'annulation du séjour ambulatoire le jour J). Enfin, certains indicateurs identifiés ci-dessus comme indicateurs d'activité sont considérés par certaines institutions comme des indicateurs de qualité, par exemple le taux de chirurgie ambulatoire foraine.

La liste d'indicateurs présentée ci-dessous n'est pas exhaustive mais se fonde sur les publications d'institutions de référence sur le sujet : l'IAAS, l'AFCA, la HAS et l'ANAP – ainsi que sur l'avis d'experts.

- **Des « absents de marque » : le taux de mortalité et d'infections liées aux soins**

Avant de débiter la liste des indicateurs de qualité, il est important de noter que celle-ci ne comporte pas ces deux indicateurs pourtant très suivis à l'hôpital. En effet, ces taux

²¹ AFCA, *La Haute autorité de santé (HAS) veut abandonner les 2 seuls indicateurs pertinents de la qualité en chirurgie ambulatoire : l'Association Française de Chirurgie Ambulatoire (AFCA) n'est pas d'accord.* [consulté le 18 septembre 2015], disponible sur internet : <http://www.chirurgie-ambulatoire.org/fr/editos/has>

sont très faibles en chirurgie ambulatoire. Ainsi, plusieurs études font état de taux de morbidité entre 0,03 et 1,7%²². L'IAAS considère donc qu'ils ne sont pas appropriés pour suivre la qualité et la sécurité des soins et que les indicateurs ci-dessous sont plus pertinents.

- **Taux d'annulation (sources : IAAS²³, ANAP²⁴, Vector Services²⁵)**

L'annulation d'une prise en charge programmée en ambulatoire est un indicateur de qualité fréquemment mis en avant. Toutefois il s'agit de distinguer les annulations la veille du jour de l'opération (J-1) et le jour même (J0). De plus, il est important de relever et d'analyser les causes de ces annulations qui peuvent être de nature différente : médicales, organisationnelles ou du fait du patient.

✓ **Taux d'annulation à J-1**

L'annulation à J-1 est détectée lors de l'appel de la veille, qui sert à rappeler au patient les consignes ainsi que l'heure de convocation.

Le taux d'annulation à J-1 est calculé comme :

(Nombre de patients annulés à J-1 / Nombre d'appels J-1 aboutis) *100

Ce taux est généralement faible, i.e. moins de 3%.

L'annulation à J-1 peut être liée à différentes causes qu'il s'agit d'identifier :

* **Annulation sur décision du patient** : le patient joint au téléphone explique qu'il ne viendra pas, ni le lendemain ni un autre jour à l'UCA, quelle qu'en soit la raison.

* **Demande de report par le patient** : le patient joint au téléphone explique qu'il n'est pas en capacité de venir le lendemain, pour un problème d'organisation de son transport ou de sa surveillance au domicile, ou autre... mais il souhaite toujours se faire opérer donc l'appelant entame les démarches pour reprogrammer ce patient.

²² International Association for Ambulatory Surgery, European Agency for Consumers and Health, Danish Regions, 2013, *Day Surgery as the new paradigm of surgery, best practices and recommendations*, Policy Brief, Association of Danish Regions, 2013.

²³ Ibid.

²⁴ ANAP, 2010, *Piloter l'activité, mesurer l'efficacité, Répertoire d'indicateurs*, Agence Nationale d'Appui à la Performance, Paris, février 2010.

²⁵ Devillers P., 2012, *Développer la chirurgie ambulatoire, Tableau de bord de suivi de l'activité et de la qualité*, version 2, Vector Services.

* **Report ou annulation pour motif médical** : le patient joint au téléphone indique un début de maladie qui pourrait compliquer sa prise en charge le lendemain. Un contact peut être pris avec le médecin pour reprogrammer l'intervention.

✓ **Taux d'annulation à J0**

Il se calcule de la manière suivante :

(Nombre de patients annulés à J0/ Nombre de patients programmés)*100

Ce taux est généralement faible, i.e. moins de 3%.

Il est intéressant d'associer ce taux aux différents motifs d'annulation à J0 :

***Annulation du fait du patient** : le patient ne se présente pas (sans prévenir ou prévient le jour J0 sans raison), consignes non respectées (le patient se présente et n'est pas pris en charge car il n'a pas respecté les consignes de préparation au domicile - douche, jeûne, accompagnement...), arrivée trop tardive (le patient se présente et n'est pas pris en charge car il est arrivé très en retard et le programme ne peut être décalé), refus du patient (le patient se présente mais refuse finalement d'être pris en charge lors de l'entretien d'accueil).

***Annulation pour raison médicale** : état santé incompatible (le patient se présente et n'est pas pris en charge à cause de son état de santé ou le patient appelle - après l'appel de la veille - pour avertir de sa maladie), indication annulée (le patient se présente mais l'indication de l'intervention a disparu – par exemple le kyste s'est résorbé ou le calcul s'est dissous).

***Annulation pour raison organisationnelle imputable à l'établissement** : le patient se présente et n'est pas pris en charge pour une raison imputable à l'hôpital (bloc indisponible, panne, incident, instrumentation, médecin indisponible, etc.)

- **Taux de retour non programmé au bloc opératoire le jour de l'intervention (source : IAAS²⁶, HAS et ANAP²⁷)**

L'IAAS recommande le suivi de cet indicateur, car il est le reflet de problèmes de la performance des procédures mises en place. Mais il est assez peu utilisé dans la pratique, au contraire du taux de transfert en hospitalisation complète.

²⁶ International Association for Ambulatory Surgery, European Agency for Consumers and Health, Danish Regions, 2013, *Day Surgery as the new paradigm of surgery, best practices and recommendations*, Policy Brief, Association of Danish Regions, 2013.

²⁷ HAS, ANAP, 2012, *Socle de connaissances, Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire*, Haute Autorité de Santé, 2012.

- **Taux de transformations en hospitalisation complète de séjours initialement programmés en ambulatoire (source : IAAS²⁸, HAS et ANAP²⁹, AFCA³⁰, Vector Services³¹)**

Il est calculé comme :

(Nombre de transformations en hospitalisation complète de séjours initialement prévus en ambulatoire / nombre de patients programmés)*100

Ce taux est généralement faible (moins de 3%).

Les causes de ces hospitalisations non prévues sont importantes à analyser :

***Causes médicales** : les causes les plus fréquentes d'une hospitalisation non prévue sont d'ordre chirurgical. Parmi celles-ci, on retrouve majoritairement la douleur intense, les saignements et la nécessité d'une chirurgie plus extensive. La seconde source d'admission non programmées vient des complications reliées à l'anesthésie, le plus souvent les nausées et vomissements postopératoires, mais également la somnolence et les vertiges et les pneumopathies d'inhalation.

Dans d'autres cas, ces admissions surviennent soit à cause de la présence ou de l'aggravation de pathologies médicales antérieures, comme le diabète ou l'apnée du sommeil, soit à cause de problèmes résultant de complications préopératoires ou postopératoires, comme l'infarctus myocardique ou le bronchospasme.

***Causes liées au patient** : des hospitalisations imprévues peuvent se produire du fait du patient et peuvent être liées au contexte socio-environnemental, comme l'absence d'accompagnateur ou d'aide à domicile ou encore à la demande du patient ou de son entourage.

***Causes organisationnelles imputables à l'établissement** : notamment l'arrivée tardive au bloc - le patient est hospitalisé car, appelé tard au bloc opératoire, il ne dispose plus du temps nécessaire à sa surveillance post-opératoire avant la fermeture du service ambulatoire.

²⁸ International Association for Ambulatory Surgery, European Agency for Consumers and Health, Danish Regions, 2013, *Day Surgery as the new paradigm of surgery, best practices and recommendations*, Policy Brief, Association of Danish Regions, 2013.

²⁹ HAS, ANAP, 2012, *Socle de connaissances, Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire*, Haute Autorité de Santé, 2012.

³⁰ AFCA, *La Haute autorité de santé (HAS) veut abandonner les 2 seuls indicateurs pertinents de la qualité en chirurgie ambulatoire : l'Association Française de Chirurgie Ambulatoire (AFCA) n'est pas d'accord*. [consulté le 18 septembre 2015], disponible sur internet : <http://www.chirurgie-ambulatoire.org/fr/editos/has>

³¹ Devillers P., 2012, *Développer la chirurgie ambulatoire, Tableau de bord de suivi de l'activité et de la qualité*, version 2, Vector Services.

- **Nombre de retours à l'hôpital et/ou réadmissions non programmées en hospitalisation classique (source : IAAS³², HAS et ANAP³³, AFCA³⁴)**

Le retour et/ou la réadmission se produit lorsque le patient revient en urgence ou à l'unité de chirurgie ambulatoire pour un problème médical ou chirurgical alors qu'il était sorti avec une simple date de consultation de contrôle. Les principales causes de réadmission sont les complications chirurgicales, notamment les saignements, la douleur, la rétention urinaire, les infections et les évènements thrombo-emboliques.

Selon les sources, des différences importantes peuvent apparaître dans le choix du délai de retour du patient à l'hôpital à prendre en compte (24h, 48h, 30 jours etc.) ainsi que sur les définitions de la réadmission (programmée ou urgence, hospitalisation conventionnelle ou retour à l'hôpital sans précision, liées à la chirurgie ou toutes causes confondues).

L'IAAS recommande d'identifier séparément le taux de retour et de réadmission dans les 24 premières heures et dans la période des 28 premiers jours. En effet, une réadmission hospitalière dans les 24 heures suivant la sortie est plus souvent associée à une complication aiguë, alors que les complications chroniques et infectieuses surviennent en général après ce délai.

Le suivi de cet indicateur est compliqué par le fait que les patients peuvent revenir dans un autre établissement de santé que celui dans lequel ils ont été opérés.

- **Satisfaction du patient (sources : IAAS³⁵, ANAP³⁶)**

Cet indicateur correspond au nombre de patients satisfaits de leur séjour à la suite d'une hospitalisation en unité de chirurgie ambulatoire.

³² International Association for Ambulatory Surgery, European Agency for Consumers and Health, Danish Regions, 2013, *Day Surgery as the new paradigm of surgery, best practices and recommendations*, Policy Brief, Association of Danish Regions, 2013.

³³ HAS, ANAP, 2012, *Socle de connaissances, Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire*, Haute Autorité de Santé, 2012.

³⁴ AFCA, *La Haute autorité de santé (HAS) veut abandonner les 2 seuls indicateurs pertinents de la qualité en chirurgie ambulatoire : l'Association Française de Chirurgie Ambulatoire (AFCA) n'est pas d'accord*. [consulté le 18 septembre 2015], disponible sur internet : <http://www.chirurgie-ambulatoire.org/fr/editos/has>

³⁵ International Association for Ambulatory Surgery, European Agency for Consumers and Health, Danish Regions, 2013, *Day Surgery as the new paradigm of surgery, best practices and recommendations*, Policy Brief, Association of Danish Regions, 2013.

³⁶ ANAP, 2010, *Piloter l'activité, mesurer l'efficience, Répertoire d'indicateurs*, Agence Nationale d'Appui à la Performance, Paris, février 2010.

Il peut être calculé comme :

$(\text{Nombre de patients satisfaits} / \text{nombre de patients ayant répondu à l'enquête}) * 100$

Les paramètres à suivre peuvent être plus ou moins détaillés, depuis la satisfaction globale des patients à des points plus spécifiques, sujets à amélioration ou qui ont fait l'objet de modifications dans l'UCA : sortie du patient, circuit patient, accueil, organisation de la sortie, délais de séjours, etc.

Les modalités de recueil peuvent être variées :

- ✓ questionnaires récupérés avant la sortie,
- ✓ questionnaires remis au patient à renvoyer à distance,
- ✓ enquêtes en ligne,
- ✓ questionnaires réalisés lors de l'appel téléphonique du lendemain,
- ✓ enquêtes ponctuelles.

Les taux sont couramment supérieurs à 90 % de patients satisfaits pour une UCA bien organisée. Cependant, l'IAAS indique que les taux de satisfaction en ambulatoire doivent être considérés avec prudence. En effet, le degré de satisfaction est très dépendant des attentes initiales du patient et doit donc être rapproché du degré d'information du patient et du service rendu dans son ensemble.

Le tableau 2 récapitule les indicateurs présentés ci-dessus :

Tableau 2 : principaux indicateurs mis en avant par l'IAAS, l'AFCA, l'ANAP et la HAS (source : auteur).

Indicateurs	Activité	Qualité organisationnelle	Qualité des soins
Taux de chirurgie ambulatoire	X		
Taux de rotation sur les places de l'UCA	X	X	
Taux d'ambulatoire forain	X		X
Taux d'annulation (J-1 et J0)	X	X	
Taux de retour non programmé au bloc à J0		X	X
Taux de transformations en hospitalisation complète		X	X
Taux de réadmissions non programmées			X
Satisfaction des patients		X	X

Il met en lumière l'imbrication des enjeux d'activité, de qualité des soins et de performance organisationnelle en matière de chirurgie ambulatoire. En effet, 6 des 8 indicateurs concernent deux de ces trois dimensions.

Ces indicateurs constituent une base de référence pour le suivi de la chirurgie ambulatoire. Cependant, leur mise en œuvre pratique dans les hôpitaux fait apparaître plusieurs limites et appelle à des ajustements.

2.2. Les indicateurs de référence sont utiles mais insuffisants et des tableaux de bord propres à chaque établissement doivent être élaborés

La constitution de tableaux de bord de la chirurgie ambulatoire dans les hôpitaux confronte ces indicateurs de référence aux réalités des établissements. Afin de mettre en lumière la portée et les limites de ces indicateurs, l'analyse s'appuiera sur la réalisation d'un tableau de bord au sein du Groupe Hospitalier (GH) des Hôpitaux Universitaires Paris Centre (HUPC) de l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris (APHP) – dossier qui m'a été confié pendant mon stage de direction. Ce tableau de bord a été élaboré par un travail en commun associant médecins, cadres et directions fonctionnelles (finances, DIM, direction des soins, qualité, système d'information).

Des retours d'expérience d'autres hôpitaux sont également utilisés, notamment ceux du GH Pitié Salpêtrière et du GH Henri Mondor de l'APHP, ainsi que les démarches d'appui menées par le siège de l'APHP et l'ARS Ile de France auprès des établissements. En outre, un travail de bibliographie et des entretiens avec des personnes ressources ont complété l'approche méthodologique (cf. bibliographie et liste des personnes rencontrées).

- **Taux de chirurgie ambulatoire et taux d'ambulatoire forain : un raisonnement à décliner par spécialités**

Le taux de chirurgie ambulatoire est l'indicateur central utilisé dans la stratégie nationale de développement de la chirurgie ambulatoire (cf. partie 1.). Cependant le taux global peut masquer des situations très variées.

Ainsi, dans le GH HUPC, l'activité ambulatoire s'est développée selon deux axes : d'une part l'ophtalmologie et d'autre part sur les autres spécialités. L'ophtalmologie de Cochin a été l'un des premiers services à se lancer, il y a déjà près de dix ans, dans le « tout ambulatoire ». Aujourd'hui, l'unité de chirurgie ambulatoire du site de Cochin, spécialisée dans l'opération de la cataracte, réalise environ 4000 passages par an. Cette UCA va par ailleurs être agrandie en 2016 pour constituer un centre lourd d'ophtalmologie qui regroupera les services de Cochin, Hôtel Dieu, Necker et Lariboisière.

Par ailleurs, pour les autres spécialités, le transfert de l'ambulatoire vers des unités dédiées a démarré plus tard et est actuellement en cours. Fin 2017, l'ensemble de la chirurgie ambulatoire hors ophtalmologie sera regroupé au sein du bâtiment Port Royal dans une UCA multidisciplinaire. Cette unité, dotée de 5 sites opératoires, permettra à terme la réalisation de près de 6 000 interventions. Afin d'amorcer le virage ambulatoire sans attendre 2017, une UCA provisoire a été mise en place en mai 2015 dans le pavillon Albarran avec 1 salle d'opération. Elle permet la réalisation d'actes en chirurgie orthopédique, urologie, chirurgie générale et plastique.

Actuellement, le taux de chirurgie ambulatoire global sur le GH est de 43% (données 2014). La cible fixée par l'APHP pour le GH est de 46% en 2015. Elle est donc quasiment déjà atteinte, mais ce résultat masque en fait le poids très important de l'ophtalmologie. En effet, le taux de chirurgie ambulatoire est de 82% pour l'ophtalmologie. Les spécialités hors ophtalmologie disposent quant à elles d'un potentiel important en ambulatoire qu'il s'agit également de développer. Pour ces spécialités, le taux de chirurgie ambulatoire foraine est élevé car l'UCA provisoire ne permet d'accueillir qu'une partie des séjours. Sur cette question, le taux de chirurgie ambulatoire global sur le GH n'est donc pas l'indicateur le plus pertinent.

Aussi, il a été choisi pour le GH de différencier le taux de chirurgie ambulatoire avec et sans l'ophtalmologie, et de détailler par spécialité le taux de chirurgie ambulatoire, le taux d'ambulatoire forain et les recettes liées aux séjours zéro nuit.

En outre, certains actes doivent être sortis du calcul du taux de chirurgie ambulatoire. Pour des raisons de définition du périmètre de l'ambulatoire, les Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG) et les actes liés à la Procréation Médicalement Assistée (PMA) ne sont pas comptabilisés dans le taux de chirurgie ambulatoire, bien que ces actes soient des actes chirurgicaux à zéro nuit.

- **L'importance d'ajouter des indicateurs sur le potentiel de séjours pouvant passer de l'hospitalisation complète à l'ambulatoire**

Le taux de chirurgie ambulatoire et le taux d'ambulatoire forain, au global et déclinés par spécialités, sont donc des indicateurs utiles pour comprendre où se situent les séjours zéro nuit dans l'hôpital (dans quelles disciplines et dans quelles structures, i.e. dans une UCA ou non). Cependant, ils concernent uniquement les séjours zéro nuit et ne traitent pas des séjours d'une nuit ou plus qui pourraient être réalisés en ambulatoire. Or, cette donnée est très utile pour analyser les marges de progression du taux de chirurgie

ambulatoire et de l'activité de l'UCA. Elle constitue un support de discussion intéressant avec les médecins sur l'évolution de la prise en charge. Cependant, les indicateurs de référence présentés dans la partie 2.1 n'en font pas état.

Dés lors, deux types d'indicateurs au moins peuvent être considérés :

- **le nombre de séjours d'une nuit et de deux nuits** : ils constituent une première indication. Cependant, tous ces séjours ne seront pas réalisables en zéro nuit. Une décote peut être appliquée après discussion avec les médecins et le Directeur de l'Information Médicale (DIM), afin de prendre en compte notamment le type d'actes et la lourdeur des patients.
- **les gestes marqueurs** : ces gestes sont ceux pour lesquels la prise en charge ambulatoire devrait être la norme (cf. partie 1). Il peut donc être utile de disposer du taux de chirurgie ambulatoire par geste marqueur et du nombre de séjours d'une nuit ou plus par geste marqueur. Ces séjours sont ceux pour lesquels il est pertinent de viser, à plus ou moins court terme, une baisse de la durée de séjour pour atteindre zéro nuit. En 2015, le nombre de gestes marqueurs a été porté à 55 – cf. figure 3 – et la liste est actualisée chaque année. Toutefois, cet indicateur doit être mis en discussion car, en fonction de l'établissement et de son case mix, tous les séjours ne sont pas directement transférables. De plus, certains actes ne sont pas (encore) dans la liste des gestes marqueurs mais disposent d'un réel potentiel de transfert à terme (par exemple les prothèses de hanche).

Au sein du GH HUPC, il a été décidé de suivre le taux de chirurgie ambulatoire par geste marqueur et le nombre de séjours d'une nuit ou plus par geste marqueur. Les séjours d'une nuit ou plus, potentiellement transférables en ambulatoire mais ne figurant pas dans les gestes marqueurs, ne seront pas suivis dans un premier temps. En effet, cela nécessiterait d'identifier, sur la base de discussions avec les chirurgiens, les gestes correspondants (dont la liste pourrait varier) et de mettre en place un système dédié. Cette option a été écartée pour le moment afin de se focaliser sur les gestes marqueurs.

Figure 3 : liste des gestes marqueurs pour l'année 2015 (source : ARS Pays de la Loire)

Gestes Marqueurs
Accès vasculaire
Adénoïdectomies
Angioplasties du membre supérieur
Angioplasties périphériques
Arthroscopie de la cheville
Arthroscopies du genou hors ligamentoplasties
Avulsion dentaire
Chirurgie anale
Chirurgie de la conjonctive (ptérygion)
Chirurgie de la main
Chirurgie de la main pour maladie de Dupuytren
Chirurgie de la main pour réparation des ligaments et tendons
Chirurgie de l'avant pied
Chirurgie de l'épaule
Chirurgie de l'utérus
Chirurgie des bourses
Chirurgie des bourses de l'enfant
Chirurgie des hernies de l'enfant
Chirurgie des hernies abdominales
Chirurgie des hernies inguinales
Chirurgie des maxillaires
Chirurgie des sinus
Chirurgie des varices
Chirurgie du canal carpien et autres libérations nerveuses (MS)
Chirurgie du col utérin, vulve, vagin
Chirurgie du cristallin
Chirurgie du glaucome
Chirurgie du nez
Chirurgie du pied
Chirurgie du poignet
Chirurgie du sein/tumorectomie
Chirurgie du trou maculaire
Chirurgie du tympan
Chirurgie pour strabisme
Cholécystectomie
Cure de paraphimosis
Exérèse de kystes synoviaux
Exérèse de lésions cutanées
Exérèse de lésions de la bouche
Exérèse de lésions sous-cutanées
Fermeture de fistule buccale
Fistules artérioveineuses
Geste secondaire sur lambeau
Geste sur la vessie
Geste sur les glandes salivaires
Geste sur l'uretère
Geste sur l'urètre
Interruption tubaire
LEC
Plastie de lèvres
Prélèvement d'ovocyte
Réparation de perte de substance de l'extrémité céphalique
Réparation de perte de substance en dehors de l'extrémité céphalique
Vitrectomie avec pelage de membrane
Vitrectomie postérieure isolée

- **Le taux de rotation présente des limites importantes et doit être complété par des indicateurs liés au bloc opératoire et au temps de présence des patients**

Le taux de rotation sur les places de l'UCA est défini comme (cf. partie 2.1.) :

(Nombre de patients accueillis à l'UCA sur la période de mesure / nombre de places disponibles à l'UCA sur la période de mesure)*100

Selon l'ANAP³⁷, un taux compris entre 125 % à 150 % constitue un objectif raisonnable pour une UCA multidisciplinaire avec un recrutement standard. Mais le taux dépend des spécialités médicales de l'UCA et de la lourdeur des patients. Le taux cible minimal pour une UCA doit être de 100 %.

Or, ce taux, analysé seul, ne permet pas de repérer tous les enjeux clés de l'organisation et de l'activité d'une UCA. Tout d'abord, dans le cas d'une UCA dédiée à l'ophtalmologie comme celle du site de Cochin, l'activité de la cataracte est réalisée avec des taux de rotation avoisinant les 200%. L'objectif dans cette unité n'est donc pas de suivre le taux de rotation par rapport à la valeur 100%, mais plutôt de s'intéresser au nombre de passages par an et à leur répartition dans l'année, ainsi qu'à des indicateurs de qualité et de satisfaction du patient pour assurer l'attractivité de l'unité.

Par ailleurs, pour des UCA pluridisciplinaires, atteindre un niveau hebdomadaire de rotation de l'ordre de 100% représente un véritable succès³⁸. En effet, certaines spécialités n'occuperont l'UCA que certains jours de la semaine, voire auront une journée ou demi-journée dédiée. Le nombre d'actes ambulatoires réalisables sur une journée peut donc varier fortement selon la spécialité. Comme le nombre de places disponibles à l'UCA ne varie pas, le taux de rotation sera supérieur à 100% certains jours et, d'autres jours, les places de l'unité ne seront pas remplies. Un taux de rotation de 100% en moyenne sur l'année ne constitue donc pas nécessairement un mauvais résultat.

Un taux de rotation très supérieur à 100% n'est donc pas forcément un objectif prioritaire, de même qu'un taux proche de 100% n'est pas en soi un signe de problème sur l'activité ou d'une difficulté organisationnelle. Tout dépend en fait des spécialités pratiquées au

³⁷ ANAP, 2010, *Piloter l'activité, mesurer l'efficacité, Répertoire d'indicateurs*, Agence Nationale d'Appui à la Performance, Paris, février 2010.

³⁸ Devillers P., 2012, *Développer la chirurgie ambulatoire, Tableau de bord de suivi de l'activité et de la qualité*, version 2, Vector Services.

bloc opératoire de l'UCA et de leur répartition dans le programme opératoire hebdomadaire.

C'est pourquoi d'autres indicateurs sont importants à prendre à compte. Sans prétendre à l'exhaustivité, deux types d'indicateurs sont présentés ici pour aider à appréhender le fonctionnement de l'activité dans une UCA.

- **Les indicateurs liés au bloc**

- ✓ **Le programme opératoire hebdomadaire** : le programme opératoire prévisionnel permet de repérer à l'avance des plages vacantes et de les affecter en fonction des besoins pour remplir les salles de bloc. Le programme réalisé permet quant à lui de revenir sur une occupation non optimale des salles. Au GH Henri Mondor, le suivi est ainsi réalisé grâce à un outil simple développé sous Excel. Il est partagé chaque semaine ainsi qu'au conseil de bloc tous les deux mois. Ce type d'outil nécessite des échanges fréquents et une grande réactivité dans l'adaptation du planning³⁹.

- ✓ **La contribution des spécialités à l'activité des jours de la semaine** : à la demande de l'ARS Ile de France, le bureau de conseil Vector Services a développé un outil de tableau de bord pour les UCA⁴⁰. Celui-ci est réalisé sous Excel et permet le suivi d'indicateurs d'activité et de qualité. Parmi ceux-ci, la contribution des spécialités à l'activité des jours de la semaine est représentée sous la forme d'un diagramme. Sur les 4 dernières semaines d'activité, et pour chaque jour de la semaine du lundi au vendredi, la moyenne des patients par jour est affichée avec le détail par spécialité – cf. figure 4. Cette représentation constitue un outil de discussion a posteriori au niveau de l'UCA. Il permet des échanges relativement fréquents, par exemple tous les mois, pour d'appréhender les déséquilibres d'activité entre les jours de la semaine et de proposer des ajustements entre spécialités pour rectifier ces déséquilibres. Ce diagramme est par exemple utilisé dans les UCA du GH Pitié Salpêtrière et est présenté, avec d'autres indicateurs, en conseil de bloc⁴¹.

³⁹ Entretien avec Olivier Guigou, Direction des Affaires Médicales et de la Stratégie du GH Henri Mondor, 6 août 2015.

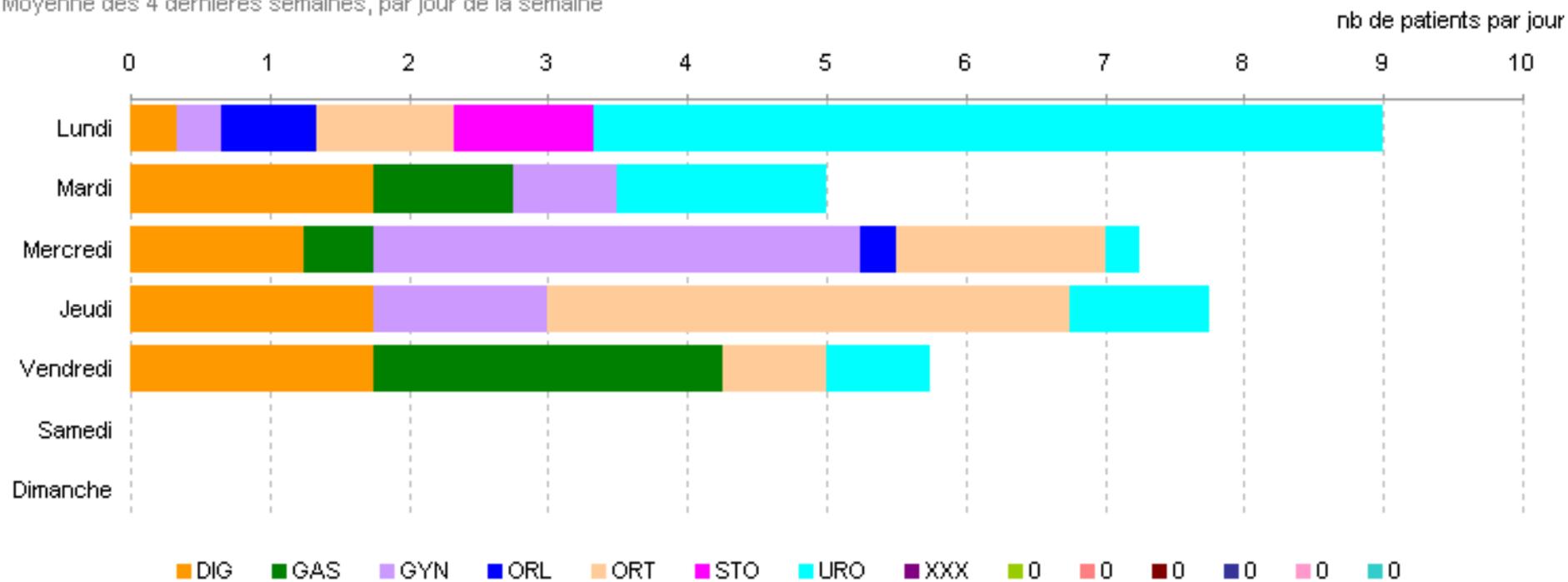
⁴⁰ Devillers P., 2012, *Développer la chirurgie ambulatoire, Tableau de bord de suivi de l'activité et de la qualité*, version 2, Vector Services.

⁴¹ Entretien avec Agnès Petit, Directrice de la qualité du GH Pitié Salpêtrière, 29 mai 2015.

Figure 4 : exemple de représentation de la contribution des spécialités à l'activité d'une UCA dans l'outil de tableau de bord Vector Services (chiffres fictifs)

Contribution des spécialités à l'activité

Moyenne des 4 dernières semaines, par jour de la semaine



DIG : chirurgie digestive / GAS : Gastro-entérologie / GYN : gynécologie / ORL : chirurgie ORL / ORT : Orthopédie / STO : stomatologie / URO : urologie

- ✓ **Le taux d'ouverture et le taux d'utilisation des salles de bloc** : ce sont deux indicateurs largement répandus pour suivre l'activité d'un bloc opératoire. Le taux d'ouverture est défini comme le rapport entre le Temps de Vacation Offert (TVO) et un temps conventionnel⁴². Celui-ci correspond à la durée maximale d'ouverture de la salle sur une semaine (i.e. 10h par jour du lundi au vendredi soit 50h par semaine pour l'APHP, et 54h par semaine pour l'ANAP en incluant 4h le samedi matin). Le TVO est égal au temps conventionnel moins le temps d'ouverture et de fermeture des salles. Il représente donc le temps disponible pour les opérations. L'objectif au niveau APHP pour ce taux est de 90%. Par ailleurs, le taux d'utilisation est le rapport entre le temps réel d'occupation des salles (TROS) et le TVO. Le TROS correspond au temps réel d'intervention d'un praticien sur les plages opératoires attribuées. L'ANAP propose un objectif de 80 % pour le taux d'utilisation. Ces deux indicateurs donnent des informations utiles sur l'occupation des salles : s'ils sont bas, il existe probablement des plages opératoires non utilisées. Au contraire du planning opératoire, ils sont discutés à une fréquence plus espacée, par exemple mensuelle, semestrielle voire annuelle, pour avoir un recul sur l'évolution de ces taux. Le GH HUPC a fait le choix de retenir ces taux pour le tableau de bord de l'UCA provisoire à Albarran.

- **Le temps de présence des patients**

Un taux de rotation élevé (entre 100 et 150%) pourrait être considéré comme un indicateur de bon fonctionnement d'une UCA. En effet, cela tendrait à indiquer que les places de l'UCA sont occupées et que les patients se succèdent sans difficulté. Or, ce n'est pas nécessairement le cas.

Ainsi, une étude menée à l'hôpital de Villefranche sur Saône a analysé le rapport entre taux de rotation de l'UCA et le temps de présence des patients⁴³. L'UCA de cet hôpital comporte 14 places et accueille des spécialités variées : ophtalmologie, ORL, urologie, gynécologie, plastie, endoscopies, chirurgie digestive et orthopédie. L'étude a porté sur 364 patients pris en charge à l'UCA pendant 4 semaines. Le temps de présence des patients a été mesuré et divisé en 3 phases : pré opératoire (entre l'arrivée du patient à l'UCA et le départ pour le bloc), per opératoire (de l'arrivée au bloc à la sortie de la salle de réveil) et post opératoire (de la sortie de la salle de réveil à la sortie de l'UCA).

⁴² ANAP, 2010, *Piloter l'activité, mesurer l'efficience, Répertoire d'indicateurs*, Agence Nationale d'Appui à la Performance, Paris, février 2010.

⁴³ Papin P., Berthonnaud E., 2014, *Pertinence du taux de rotation et du temps de présence des patients comme indicateurs de maturité fonctionnelle de la chirurgie ambulatoire*, Risques et qualité, 2014, Volume XI, N°4.

L'étude montre que le taux de rotation varie fortement, de 70% à 190% selon les jours de la semaine. Au contraire, le temps de présence varie peu autour de la valeur moyenne de 6h39. Ceci est expliqué par le fait que l'augmentation du taux rotation ne correspond pas à une sortie plus rapide du patient hors de l'UCA, mais à une accumulation des patients en salle d'attente. Les patients sortent de leur place mais sont en attente de la visite du chirurgien ou de l'anesthésiste, des papiers de sortie ou de leur accompagnant.

Le taux de rotation n'est donc pas robuste pour mettre en lumière ce type de difficulté organisationnelle. La mesure des temps de présence permet quant à elle d'analyser les délais et de suivre une diminution des temps qui correspondrait à une amélioration des pratiques et des organisations. Le suivi de cet indicateur, en complément du taux de rotation, peut donc s'avérer utile pour appréhender plus finement la maturité du fonctionnement d'une UCA. Il a ainsi été retenu dans le tableau de bord du GH HUPC pour l'UCA provisoire à Albarran.

- **Les indicateurs de qualité : prioriser et développer des outils de mesure automatisés**

Les indicateurs de qualité sont nombreux en matière de chirurgie ambulatoire. La partie 2.1. (cf. supra) présente les indicateurs retenus par plusieurs institutions de référence : taux d'annulation (J-1 et J0), taux de retour non programmé au bloc à J0, taux de transformations en hospitalisation complète, taux de réadmissions non programmées, satisfaction des patients. D'autres indicateurs moins courants existent, comme la durée de retour à une activité normale, lié à la récupération fonctionnelle des patients après l'opération⁴⁴.

Or, la plupart de ces indicateurs sont plus difficiles à mesurer que les indicateurs liés à l'activité. En effet, ces derniers sont souvent directement calculables à partir d'extraction de bases de données sur les séjours et les structures, comme le taux de chirurgie ambulatoire et le taux de chirurgie foraine. Au contraire, les indicateurs sur la qualité ne correspondent pas à des données mesurées automatiquement. Par exemple, une annulation à J0 ne sera pas comptabilisée car elle ne donne pas lieu à un séjour. Le taux de transformations en hospitalisation complète n'est pas non plus calculable automatiquement. En effet, lorsque que cela se produit, le séjour d'ambulatoire est

⁴⁴ International Association for Ambulatory Surgery, European Agency for Consumers and Health, Danish Regions, 2013, *Day Surgery as the new paradigm of surgery, best practices and recommendations*, Policy Brief, Association of Danish Regions, 2013.

complètement effacé pour être remplacé par un séjour en hospitalisation conventionnelle, ce qui ne permet pas de retrouver ensuite cet évènement dans les bases de données.

En outre, il s'agit pour certains indicateurs de pouvoir y associer les raisons médicales et non médicales, afin de pouvoir prendre des mesures correctives. C'est le cas par exemple pour les raisons d'une annulation à J0. Enfin, ces indicateurs ont des valeurs très faibles : moins de 3% en général pour les taux de transformations en hospitalisation complète.

Ces caractéristiques – nombreux indicateurs, pas de base de données dédiée, nécessité d'y associer des facteurs explicatifs, valeurs faibles – rendent ces indicateurs chronophages à mesurer.

Il est donc important, dans la constitution d'un tableau de bord, de raisonner les points suivants :

- sélectionner les indicateurs de qualité les plus pertinents dans le contexte de l'hôpital, en fonction des priorités. En effet, les indicateurs doivent pouvoir être analysés par les professionnels intervenant à l'UCA (notamment médecins et IDE) afin d'améliorer les pratiques. Il n'est donc pas nécessaire d'avoir des jeux d'indicateurs trop fournis et qui seront trop longs et complexes à étudier – le risque étant d'avoir des indicateurs mais personne de disponible pour s'en saisir. Si par exemple le taux d'annulation n'est pas un enjeu, car il est déjà très faible, il peut être sorti du tableau de bord.
- automatiser au maximum, autant que faire se peut, la collecte des données, sans multiplier les applications informatiques déjà nombreuses dans les hôpitaux. Au sein du GH HUPC, il a été choisi de travailler à la réalisation d'un formulaire électronique qui permettra aux IDE de l'UCA de saisir sur informatique le questionnaire de l'appel à J-1 (y compris l'annulation), l'annulation à J0, le temps de présence des patients, les transferts en hospitalisation complète et le questionnaire de l'appel à J+1. Ce travail est réalisé dans l'attente du déploiement, dans environ 2 ans, du logiciel Ambudem à l'échelle de l'APHP qui permettra de remplir un jeu de données complet sur la prise en charge du patient dans les UCA. Par ailleurs, le développement des technologies de communication ouvrira certainement d'autres possibilités. Il est ainsi probable que la croissance des actes en ambulatoire amène à mobiliser les smartphones et Internet pour automatiser les échanges à J-1 et J+1 entre les patients et les UCA. Par exemple, une étude à l'UCA de l'hôpital Saint Antoine, dans le GH Est de l'APHP, a montré que l'envoi

de SMS à J-1 était plus efficace que l'appel téléphonique pour le respect par le patient des consignes pré opératoires et de l'heure de convocation⁴⁵.

La satisfaction des patients constitue quant à elle un indicateur un peu à part des autres car les méthodes de collecte sont différentes. Plusieurs procédures existent :

- l'entretien direct avec le patient : cette méthode a l'inconvénient d'être chronophage. En chirurgie ambulatoire, l'appel du lendemain peut permettre de poser des questions sur la satisfaction du patient, mais le patient peut avoir tendance à être excessivement positif à l'oral pour ne pas avoir l'impression de « froisser » l'IDE qui réalise l'entretien,
- le questionnaire papier : il peut être donné lors du séjour. Les taux de retour peuvent être bons, mais la méthode nécessite ensuite de traiter les questionnaires papiers. Des logiciels existent pour traiter automatiquement les questionnaires papier scannés,
- l'enquête en ligne : le principe est de collecter l'adresse mail du patient lors de l'admission et de lui envoyer à cette adresse un lien pour répondre à un questionnaire en ligne quelques jours après sa sortie de l'hôpital. L'intérêt de cette méthode est d'automatiser le processus de collecte et de traitement des données. Un point clé est l'implication des équipes médicales, paramédicales et administratives qui reçoivent ces résultats afin qu'ils puissent en discuter collectivement et mettre en place des mesures d'amélioration. Au niveau de l'APHP, un dispositif d'enquête en ligne existe pour l'hospitalisation complète et les consultations, qui donne des résultats intéressants. Une expérimentation pourrait être tentée prochainement sur l'hospitalisation de jour. Le GH HUPC s'est porté volontaire auprès du siège pour que l'UCA y participe.
- le patient traceur : cette procédure sera mise en œuvre dans tous les hôpitaux dans le cadre de la certification V2014. Elle consiste à analyser de manière rétrospective le parcours d'un patient de l'amont de son hospitalisation jusqu'à l'aval, en évaluant les processus de soins, les organisations et les systèmes qui concourent à sa prise en charge. L'étude comprend deux entretiens : l'un avec le patient et l'autre avec l'équipe de soins. Ce n'est pas un outil centré exclusivement sur la satisfaction, mais la réalisation de patients traceurs dans les UCA donnera des informations importantes sur la satisfaction de ces patients quant à leur prise en charge.

⁴⁵ Boucon J. et al., 2015, « Efficacité de l'automatisation du rappel des consignes préopératoires par SMS à J-1 en chirurgie ambulatoire », *in* Congrès de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation, 17-19 septembre 2015, Paris, Communications libres, session encadrée : Ambulatoire.

2.3. Principaux enseignements et pistes de travail : certains enjeux majeurs restent encore peu suivis dans les tableaux de bord actuels

L'étude de la mise en place d'indicateurs de la chirurgie ambulatoire décrite ci-dessus permet de dégager plusieurs enseignements :

- **Le taux de chirurgie ambulatoire doit être complété par le suivi du potentiel de séjours transférables en ambulatoire.** En effet, le nombre d'actes potentiellement réalisables en ambulatoire évolue très vite sous l'effet des nouvelles pratiques médicales. Les conséquences sont importantes : le nombre de gestes marqueurs et de gestes soumis à tarif unique (ambulatoire/ conventionnel) augmente régulièrement. Il est donc intéressant pour un hôpital de suivre l'ambulatoire forain (i.e. les séjours zéro nuit effectués hors d'une UCA) avec l'objectif de le réduire, mais également les séjours d'une nuit ou plus qui pourraient être réalisés en ambulatoire et donc permettre de tirer parti de la tarification unique. Le suivi des gestes marqueurs donne une première idée de ce potentiel de transfert en ambulatoire. Il peut être complété par le suivi d'autres gestes dont il est pressenti qu'ils évolueront vers l'ambulatoire, comme les prothèses de hanche.
- **La maturité organisationnelle d'une UCA ne peut pas se mesurer uniquement par le taux de rotation :** le taux de rotation correspond à une approche fondée sur l'occupation des places de l'UCA, ce qui est discutable dans le cas d'unités pluridisciplinaires. Le fonctionnement du bloc, les temps de présence des patients mais aussi la capacité d'une UCA à accueillir des opérations longues avec des patients lourds (vision case mix) sont des indicateurs utiles pour mesurer le développement d'une « culture » de l'ambulatoire.
- **Les contraintes techniques ne doivent pas empêcher la production et le suivi d'indicateurs de qualité en routine :** ces indicateurs ne sont généralement pas évidents à documenter car ils ne sont pas liés à des bases de données existantes comme les séjours. Des applications informatiques assez simples peuvent alors être déployées pour automatiser la collecte des données. Toutefois, l'implication des professionnels intervenants à l'UCA est fondamentale pour analyser ces indicateurs et prendre des mesures correctives.

- **Des méthodes efficaces de mesure de la satisfaction des patients sont indispensables** : la satisfaction des patients est un paramètre clé, que certains acteurs considèrent comme le plus important. En effet, la chirurgie ambulatoire est un secteur très concurrentiel et cela devrait se renforcer avec la montée en puissance de cette prise en charge. Dans ce contexte, le patient sera en attente d'une offre d'accueil et de soins de grande qualité. Quel que soit le mode d'enquête choisi (papier ou numérique), il devra permettre un taux de retour important et une exploitation régulière par les services pour maintenir l'attractivité de l'UCA.
- **Les tableaux de bord doivent être suivis à différents niveaux d'instances en lien avec le niveau de décision adéquat** : les indicateurs ne s'adressent pas nécessairement tous aux mêmes niveaux de gouvernance. D'une part, il existe des indicateurs dont le périmètre inclut l'ensemble des activités de chirurgie de l'établissement, comme le taux de chirurgie ambulatoire éventuellement décliné par spécialités et gestes marqueurs. Ceux-ci ont vocation à être présentés et discutés dans des instances telles que le directoire, la commission médicale d'établissement ou des groupes de travail transversaux sur la chirurgie ambulatoire. Ils peuvent également être discutés en externe avec l'ARS par exemple. D'autre part, les indicateurs liés aux UCA, comme l'activité par jour de semaine ou le taux d'annulation à J0, sont des outils destinés plutôt aux réunions des services de chirurgie ambulatoire ou aux conseils de bloc.

Ainsi, les tableaux de bord élaborés dans les établissements peuvent constituer des supports de discussion et d'aide à la décision importants. Adaptés au contexte local, ils permettent en effet de travailler conjointement sur les enjeux d'activité, de qualité des soins, d'efficacité organisationnelle et de satisfaction des patients, enjeux qui sont fortement imbriqués dans le cas de la chirurgie ambulatoire.

Cependant, plusieurs aspects ne sont pas traités à travers ces tableaux de bord. Pourtant, ceux-ci tiendront probablement une place importante dans le succès ou l'échec du virage ambulatoire à l'œuvre actuellement dans les hôpitaux. Trois grandes catégories au moins peuvent être identifiées :

- **L'impact sur les conditions de travail du personnel médical (PM) et non médical (PNM)**

Le fonctionnement d'une UCA nécessite une approche spécifique, centrée sur un circuit du patient dont la durée est réduite au temps strictement nécessaire aux soins. Le travail s'organise alors sur la base de procédures standardisées partagées par tous et visant le bon déroulement du circuit patient. Les IDE et les AS seront notamment amenés à avoir une attention renforcée sur le temps de présence des patients par rapport à une unité de chirurgie conventionnelle. Si ce degré de formalisation peut être vécu comme une contrainte, la chirurgie ambulatoire peut d'un autre côté permettre d'assurer aux personnels des horaires de travail moins variables. En outre, le travail de nuit et de weekend n'est plus nécessaire, ce qui peut aider à concilier vie professionnelle et personnelle. Par ailleurs, la mise en place des UCA pourrait amener la création de métiers nouveaux, par exemple au niveau de l'accueil ou pour la gestion et la planification des activités au bloc opératoire. Ces métiers pourraient représenter des opportunités professionnelles nouvelles pour les PNM. Ainsi, si l'environnement de travail des UCA est vécu comme plus avantageux, le développement de la chirurgie ambulatoire pourrait être favorisé en interne par les PNM.

S'agissant du PM, l'intérêt pour la chirurgie ambulatoire se situerait probablement plus du côté des conditions de réalisation des actes chirurgicaux. Jusqu'à la fin des années 2000, la chirurgie ambulatoire était vue par un certain nombre de médecins comme peu attractive car elle avait l'image d'une chirurgie « facile » donc peu stimulante du point de vue de la complexité des actes, notamment en CHU⁴⁶. Cependant, la tendance semble s'inverser car les opérations réalisées sont de plus en plus lourdes. De plus, la chirurgie ambulatoire bénéficie d'une image de modernité : en effet, les UCA ont été construites récemment et disposent donc de locaux en meilleur état et de matériels plus pointus que dans certaines unités conventionnelles vétustes.

Ainsi, la chirurgie ambulatoire pourrait représenter une opportunité d'améliorer les conditions de travail des PM et des PNM, et donc de renforcer l'attractivité de l'hôpital public pour ces personnels. Les conséquences pourraient être majeures : diminution des risques psycho-sociaux, réduction des postes vacants, du recours à l'intérim ou encore de l'absentéisme. Ces éléments n'étant pas mesurables avec les tableaux de bord décrits ci-dessus, il pourrait être intéressant de mener des études spécifiques sur la base d'entretiens avec des médecins et des soignants, en comparant différentes UCA.

⁴⁶ Entretien avec le Professeur Marc Samama, chef du service d'anesthésie du GH HUPC, 22 septembre 2015.

- **L'innovation et la recherche**

La chirurgie ambulatoire est en plein développement. Cette croissance se réalise par deux voies :

- en augmentant le taux d'ambulatoire sur les actes déjà réalisés selon cette modalité,
- en prenant en charge en ambulatoire des types d'actes qui ne l'étaient pas avant.

Cette deuxième voie est fondamentale car elle conditionne le potentiel de développement à long terme. Ces innovations en termes de prise en charge ambulatoire sont le fait de médecins et de soignants qui mobilisent les avancées scientifiques et organisationnelles. La cataracte en est un exemple très parlant : alors que dans les années 1980, cette opération impliquait 3 à 7 jours d'hospitalisation, elle est aujourd'hui réalisée quasiment exclusivement en ambulatoire dans les hôpitaux. Actuellement, d'autres types d'opérations font l'objet de prises en charge ambulatoire innovantes, comme la pose de prothèse de genou. Cependant, les tableaux de bord décrits ci-dessus ne permettent pas de repérer ce type d'avancée. Les actes seront en effet intégrés à l'ensemble des séjours zéro nuit, au même titre que des actes réalisés couramment en ambulatoire. Les indicateurs classiques ne sont donc pas adaptés pour repérer ces signes annonciateurs de changements de pratiques et de développement du potentiel ambulatoire.

Au-delà des tableaux de bord, il est important de noter que les modalités d'évaluation de la recherche universitaire dans les CHU valorisent mal ce type d'innovation. En effet, une avancée en termes de prise en charge chirurgicale, documentée par une étude clinique souvent longue et difficile, sera publiée par des revues dont le facteur d'impact est beaucoup moins élevé que celles qui publient des travaux de recherche fondamentale en médecine ou en biologie, alors que l'impact sur les pratiques médicales peut être significatif⁴⁷.

L'enjeu est donc bien d'identifier des voies permettant de valoriser l'innovation chirurgicale et la recherche clinique dans le cadre de la chirurgie ambulatoire.

⁴⁷ Brézin A., 2011, *Éviter le déclin de la chirurgie dans les Centres hospitaliers universitaires*, L'idée d'université, Commentaire, 2011, N°133.

- **La mesure de l'impact financier du virage ambulatoire pour les hôpitaux**

Les indicateurs présentés ci-dessus comprennent le suivi des séjours ambulatoires et des recettes correspondantes. Cependant, le résultat financier du développement de l'ambulatoire doit mettre ces données en balance avec l'évolution des coûts, qui ne sont pas intégrés aux tableaux de bord. Pourtant, plusieurs études à l'échelle nationale ont cherché à quantifier les économies qui pourraient être réalisées grâce à la chirurgie ambulatoire. La partie suivante analyse donc si des mesures de l'impact financier pour les hôpitaux sont possibles avec les outils actuels.

3 A la recherche d'indicateurs de l'impact financier du virage ambulatoire pour les hôpitaux

Les tableaux de bord classiquement utilisés pour suivre le développement de la chirurgie ambulatoire dans les hôpitaux n'intègrent pas l'impact financier qui en résulte. Or, les économies financières réalisées constituent l'un des principaux bénéfices attendus de la chirurgie ambulatoire (cf. partie 1.). Il est donc intéressant de savoir, pour les établissements, si des outils existent pour analyser cette dimension fondamentale.

3.1. Les économies attendues du développement de la chirurgie ambulatoire : des estimations divergentes au niveau macro

La montée en puissance de la chirurgie ambulatoire dans les hôpitaux français à partir des années 2000 a été accompagnée par des incitations des pouvoirs publics, notamment tarifaires (cf. partie 1). Dans ce contexte, plusieurs institutions nationales se sont intéressées aux gains financiers qui pourraient résulter de ce virage ambulatoire.

- **Ambulatoire : le virage qui valait 5 milliards ? Le calcul de l'ANAP repris par la Cour des Comptes**

Dans le rapport sur l'application des lois de la Sécurité Sociale de septembre 2013 sur la chirurgie ambulatoire⁴⁸, la Cour des Comptes met en avant une estimation des gains économiques liés au développement de la chirurgie ambulatoire d'environ 5 milliards d'euros par an, sur la base des données de 2011. Ce chiffre laisse donc espérer d'importantes économies pour les hôpitaux et l'assurance maladie.

Cependant, le calcul de cette valeur présente des limites importantes. Cette estimation provient d'un calcul réalisé par l'ANAP, établi à partir de 3 paramètres⁴⁹:

- Estimation du potentiel ambulatoire cible actes/patients à 72% : ce taux est proche de ceux observés dans les pays anglo-saxons et d'Europe du nord. Il est construit sur une hypothèse de 80% d'actes chirurgicaux réalisables en ambulatoire, calculé

⁴⁸ Cour des Comptes, 2013, *Rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité Sociale, Chapitre VIII La chirurgie ambulatoire*, Cour des Comptes, septembre 2013.

⁴⁹ Bontemps G., 2011, *Estimation globale des gains économiques liés au développement de la chirurgie ambulatoire*, ANAP.

en excluant les actes de chirurgie « lourde » et d'urgence estimés à 20% du total. En outre, il est considéré que sur les actes réalisables en ambulatoire, 90% des patients y seront éligibles – cette hypothèse étant tirée des résultats d'une étude de 2001 de l'Assurance maladie sur 18 gestes marqueurs. Le potentiel est donc de 72% (=80% * 90%).

- Estimation des capacités en lits excédentaires de chirurgie conventionnelle : à partir du taux potentiel de 72% et du nombre total de séjours chirurgicaux, le nombre de séjours chirurgicaux non transférables en ambulatoire est calculé (28% du total). Avec une DMS de 4,62 jours et un taux d'occupation des lits de 85%, le nombre de lits nécessaires pour accueillir les séjours non transférables en ambulatoire est alors estimé. En faisant la différence avec les capacités actuelles en lits de chirurgie conventionnelle, il apparaît finalement un excédent de 53 689 lits.
- Impact économique : il est basé sur les coûts de fonctionnement économisés en supprimant les lits excédentaires. Le nombre moyen de m² par lit de chirurgie est estimé à dire d'experts, en prenant en compte les surfaces liées à l'hébergement, aux plateaux techniques et à l'administration et en excluant la logistique. Le nombre moyen de m² par lit est compris entre 80 et 120 m² (et en moyenne plus bas dans le privé et plus élevé dans le public). Le coût annuel de fonctionnement du m² est estimé en divisant le budget des hôpitaux par les surfaces du patrimoine. En 2009, les dépenses hospitalières publiques étaient d'un peu plus de 60 milliards d'euros et le patrimoine de 60 millions de m². Ainsi, les économies de fonctionnement s'élèveraient à 1000 euros par m².

En rassemblant ces différents éléments, le gain économique se situerait donc entre 4,85 et 5,93 milliards d'euros.

Toutefois, plusieurs points peuvent être mis en discussion :

- Le potentiel de 72% d'ambulatoire semble élevé, du moins à moyen terme. Il impliquerait une progression de 30 points par rapport au taux actuel (42,7% en 2013).
- La méthode de calcul des coûts de fonctionnement est, d'après le rapport lui-même, une première approximation. Le chiffre de 1000 euros/ m² est calculé sur toutes les dépenses hospitalières sur l'ensemble du territoire. Un calcul des

charges associées spécifiquement aux unités de chirurgie conventionnelle ferait probablement apparaître des différences fortes, notamment entre les hôpitaux.

- La méthode suppose que les lits excédentaires sont « neutralisés » et que les séjours correspondants sont transférés dans des UCA sans aucun coût associé à cette évolution majeure. Or, la mise en place d'UCA induira des investissements et des coûts de fonctionnement, qu'il faut mettre en balance des économies de fonctionnement réalisées par la fermeture des lits d'hospitalisation complète. En outre, ces fermetures ne se feront pas forcément à coût zéro : il faut en effet pouvoir réutiliser les surfaces correspondantes ou les détruire, ce qui n'est pas toujours possible, et quand c'est le cas, cela induit des coûts supplémentaires.

Ainsi, le chiffrage proposé par l'ANAP et repris par la Cour des comptes pose des repères intéressants, notamment sur la baisse du capacitaire en lits de chirurgie conventionnelle. Cependant, l'estimation des économies de fonctionnement, réalisée en première approximation, ne permet probablement pas de saisir tous les impacts financiers pour l'hôpital.

- **L'étude de l'IGAS IGF évalue un potentiel d'économie total à 600 millions d'euros, qui se décline de manière variable selon les hôpitaux et qui ne prend pas en compte le coût des investissements et des réorganisations**

Dans le rapport de juillet 2014 sur le potentiel de la chirurgie ambulatoire⁵⁰, l'IGAS et l'IGF proposent une méthode de calcul des économies réalisables. Le chiffrage est réalisé en deux étapes :

- Estimation du taux de chirurgie ambulatoire potentiel : celui-ci est calculé en classant les séjours chirurgicaux par niveau de sévérité et par durée de séjour. Ensuite, un taux de transfert en ambulatoire est appliqué sur le principe suivant : plus le niveau de sévérité est élevé et plus la durée de séjour est longue, moins le potentiel de transfert est fort. Par ailleurs, le taux de transfert est systématiquement réduit de 5% pour sortir du calcul les admissions en urgences et de 5% supplémentaires pour tenir compte de la non-éligibilité de patients du fait de critères psycho-sociaux. Le taux de chirurgie ambulatoire potentiel maximal est alors estimé à 65,6% à périmètre constant (données 2013). Quatre scénarios sont

⁵⁰ IGAS, IGF, 2014, *Perspectives du développement de la chirurgie ambulatoire en France*, rapport IGAS N°2014-039R.

proposés avec quatre taux cibles possibles à l'horizon 2018 : 65,6% (scenario maximal), 62,2%, 58,9% et 54,8%.

Ce chiffrage est assez cohérent avec celui réalisé par la Fédération Hospitalière de France⁵¹. Ce dernier part des séjours de 2012 et exclut du potentiel transférable les entrées par les urgences, les patients transférés d'autres structures, les niveaux de sévérité 3 et 4, les patients de plus de 90 ans et les actes de chirurgie lourde. Les auteurs aboutissent à un taux potentiel maximal de 65%, et présentent un scénario dit « optimiste » pour lequel le taux est de 56%. La méthode s'appuie sur des approches similaires à celles de l'étude IGAS IGF (classement des séjours par niveau de sévérité, exclusion des entrées en urgences) et conclut à des taux potentiels du même ordre de grandeur i.e. dans un intervalle de 55 à 65%. Le taux est différencié selon le type d'établissement, avec des potentiels moins élevés dans le secteur public (42% en hypothèse « optimiste » contre 27% en 2012) que pour le secteur privé à but lucratif (66% contre 49%).

- Chiffrage des économies potentielles : il est réalisé en 3 étapes – cf. figure 5. Tout d'abord, les réductions de charges de personnel et de charges logistiques et hôtelières sont quantifiées. S'agissant du personnel, les économies proviennent de la suppression des équipes de nuit et de weekend, sous l'hypothèse de transfert « en bloc » d'unités d'hospitalisation complète vers l'UCA (et non de transfert de fractions d'Equivalent Temps Plein (ETP) lié à la suppression ponctuelle de lits). Concernant les charges logistiques et hôtelières, la réduction des coûts entre l'hospitalisation complète et l'ambulatoire a été estimée à partir des données de la comptabilité analytique sur les postes suivants : restauration, blanchisserie, gestion économique, déchets, entretien et maintenance, transport en ambulance. Dans un deuxième temps, un gain de productivité est chiffré : lorsque l'organisation de l'UCA est stabilisée, le rapport considère que les équipes de l'UCA encadrent plus de patients par jour que dans une unité conventionnelle. En effet, le rapport se fonde sur un taux de rotation des places de l'UCA de 150% en moyenne, ce qui signifie que 1,5 patient par jour en moyenne passe par une place d'UCA, tandis que les lits d'hospitalisation complète sont occupés par un seul patient par jour. Ce gain de productivité se traduit par une baisse des charges de personnel. Enfin, le rapport intègre un scénario de regroupement des activités de chirurgie conventionnelle sur certains établissements. L'hypothèse est que le transfert vers l'ambulatoire va réduire l'activité conventionnelle qui atteindra, dans

⁵¹ Finkel S., Garrigues B., Gaubert Y., 2013, *Estimation du potentiel de chirurgie ambulatoire à moyen terme selon différentes hypothèses et les pratiques observées*, Fédération Hospitalière de France.

certains établissements, des niveaux insuffisants pour maintenir des équipes à temps complet. Des regroupements de l'activité conventionnelle sur certains hôpitaux pourraient alors intervenir.

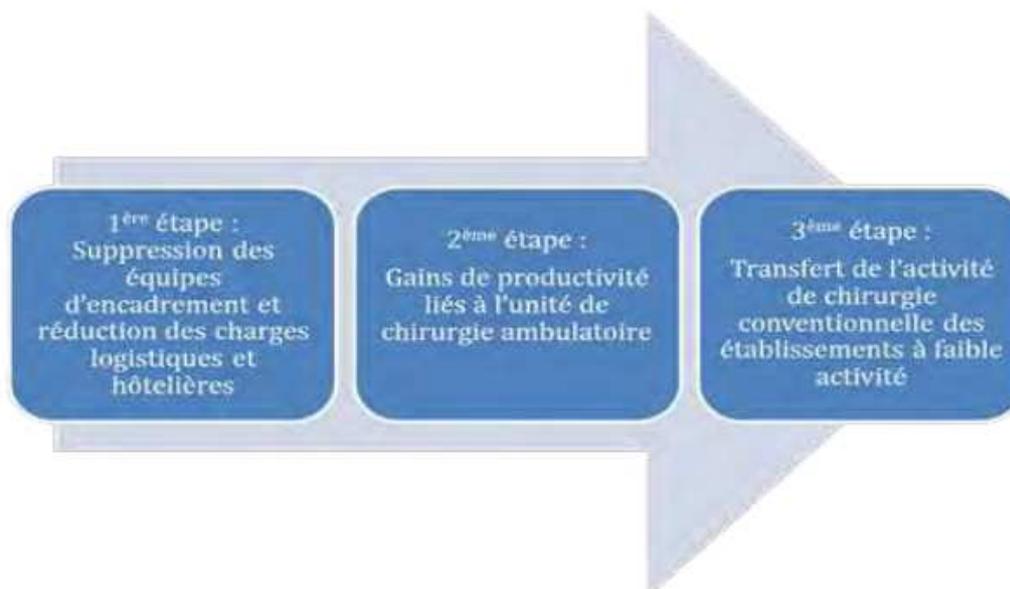


Figure 5 : les différents gains financiers liés au développement de la chirurgie ambulatoire (source : IGAS et IGF, 2014).

Sur la base de ces hypothèses, les économies potentielles sont chiffrées pour chaque scénario de croissance du taux de chirurgie ambulatoire à 2018, à volume constant de séjours de chirurgie (données 2013) – cf. figures 6 et 7. Les gains financiers varient de 417 millions d'euros (pour un taux de chirurgie ambulatoire de 54,8% à 2018) à 689 millions d'euros (65,6% à 2018). Le rapport privilégie l'application du scénario intermédiaire dit « fort », visant un taux de 62,2% en 2018 et des économies de 603 millions d'euros.

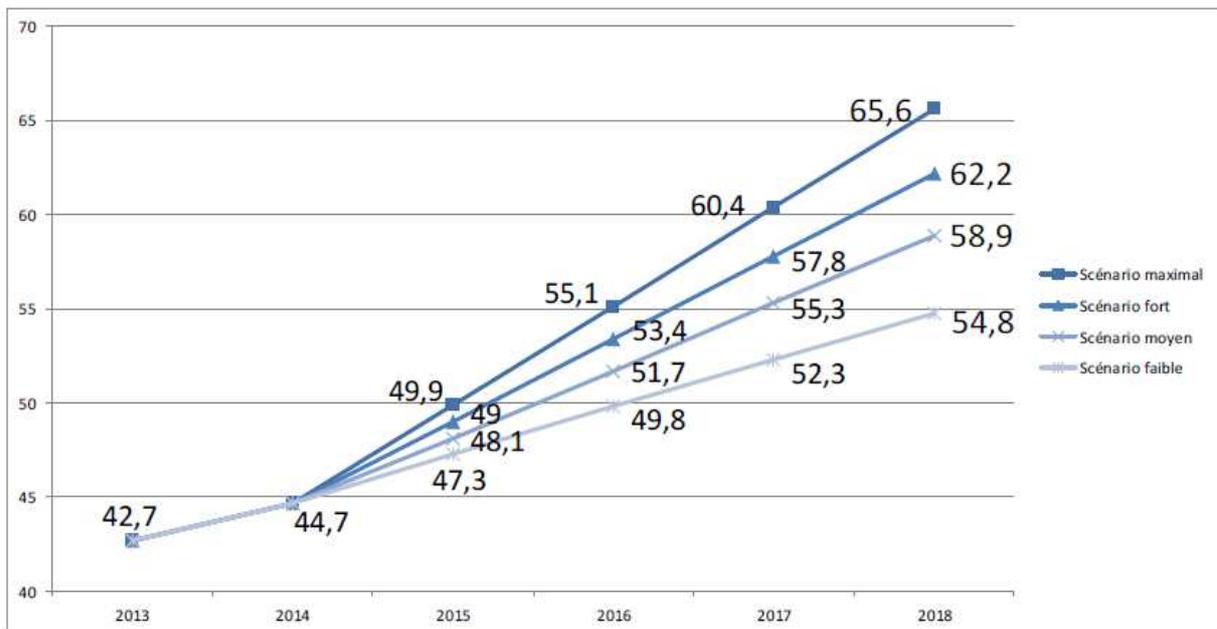


Figure 6 : les scénarios de croissance du taux de chirurgie ambulatoire à l'horizon 2018 (source : IGAS et IGF, 2014).

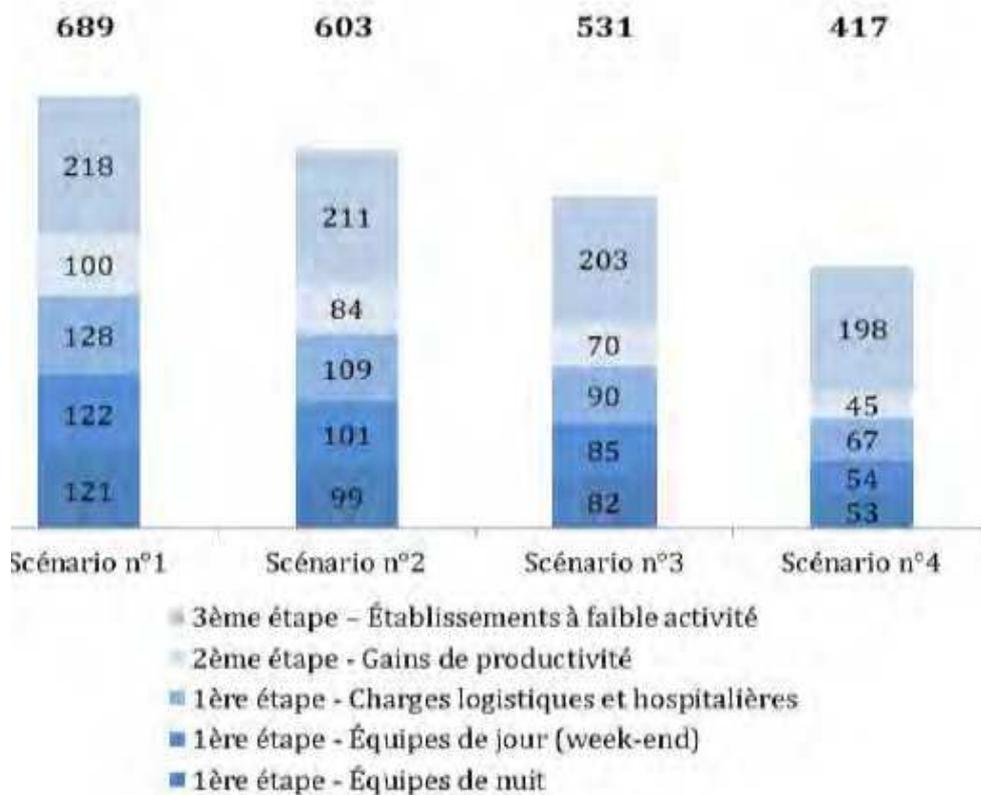


Figure 7 : les économies (en millions d'euros) associées à chaque scénario (source : IGAS et IGF, 2014).

Ce chiffrage du rapport IGAS et IGF est intéressant car il est construit sur des hypothèses détaillées sur la nature des économies possibles en termes de charges de personnel et de charges logistiques et hospitalières. Pour autant, est ce que le résultat de ce calcul macro permet aux établissements d'espérer des gains à leur niveau ? Différents points amènent à nuancer les perspectives d'économies réelles pour les hôpitaux :

- La troisième étape du calcul est fondée sur le transfert d'unités de chirurgie conventionnelle d'établissements où l'activité deviendrait insuffisante vers d'autres hôpitaux. Il s'agit donc d'un processus inter-établissements dont il n'est pas aisé d'évaluer les retombées financières précises pour chaque établissement. En effet, les gains économiques associés à la fermeture d'unités dépendent fortement du contexte propre à chaque hôpital et à son territoire de santé. Cette rubrique, qui représente 211 millions d'euros sur le total de 603 millions pour le scénario privilégié par le rapport, n'est pas donc pas une certitude quand le raisonnement est fait à l'échelle de l'hôpital. Les économies engendrées par des processus intra établissements se situent donc à hauteur de 392 millions d'euros (=603-211).
- La deuxième étape du calcul, sur les gains de productivité, est construite sur la base d'un taux de rotation moyen des places de l'UCA de 150%. Or, pour des UCA pluridisciplinaires, atteindre un taux de rotation de l'ordre de 100% représente un bon résultat⁵² - cf. partie 2.2. En effet, le nombre d'actes ambulatoires réalisables sur une journée peut varier fortement selon la spécialité, tandis que le nombre de places de l'UCA reste le même. Cette deuxième étape, chiffrée globalement à 84 millions d'euros, ne semble donc pas nécessairement acquise dans tous les cas.
- La première étape du calcul chiffre une baisse des charges de personnel, qui découle du transfert « en bloc » d'équipes d'unités d'hospitalisation complète vers l'UCA. Or, il est important de considérer les investissements nécessaires à ce processus. En effet, il s'agit d'intégrer le coût de mise en place d'une UCA s'il n'y en a pas sur l'établissement (coût de construction de nouvelles surfaces ou de réutilisation de surfaces existantes) ou d'adaptation des UCA existantes au transfert d'un nombre important de séjours d'hospitalisation complète. En outre, la réduction des capacités d'hospitalisation complète nécessite de raisonner le devenir des surfaces laissées vacantes (réutilisation ou destruction), ce qui peut

⁵² Devillers P., 2012, *Développer la chirurgie ambulatoire, Tableau de bord de suivi de l'activité et de la qualité*, version 2, Vector Services.

entraîner également des coûts de restructuration. Par exemple, dans les projets du GH HUPC, les coûts unitaires sont estimés à 2 750 euros hors taxes/ m² pour créer des surfaces nouvelles, 1 000 euros hors taxes / m² pour rénover des surfaces existantes et 300 euros hors taxes / m² pour la démolition (source : Direction des travaux du GH HUPC). Les coûts de construction, de rénovation ou de destruction d'unités de chirurgie, conventionnelle ou ambulatoire, ne sont donc pas neutres et doivent être pris en compte. En outre, le rapport montre que pour les établissements publics et privés sans but lucratif, les gains économiques apparaîtront plus tardivement que dans le secteur privé à but lucratif. En effet, pour certains établissements, la structuration de la démarche de développement de l'activité ambulatoire n'a pas encore démarré. Pour ceux-ci, il faudra certainement prévoir des investissements du type de ceux décrits plus haut, avec des économies qui ne se réaliseront qu'à moyen terme.

Le rapport IGAS et IGF apporte donc une contribution précieuse aux débats car il identifie bien les paramètres clés à prendre en compte pour les établissements dans leurs projets de chirurgie ambulatoire : le niveau d'activité de l'UCA, le dimensionnement des équipes, le fonctionnement logistique et hôtelier, ainsi que la durée sur laquelle les transformations liées au virage ambulatoire s'opèrent.

Cependant, le chiffrage des économies de 600 millions d'euros calculé dans le rapport se situe au niveau macro et ne permet donc de saisir qu'une partie des impacts financiers qui toucheront les établissements. En effet, le raisonnement présenté se place du point de vue des pouvoirs publics qui ont pour objectif une hausse du taux d'ambulatoire au niveau national. Les gains réels pour les hôpitaux dépendront également de choix d'investissements et de restructuration très variables en fonction du contexte et de niveaux de performance, comme celui du taux de rotation, qui peuvent sembler élevés dans les hypothèses du rapport.

Pour préciser ces points, il s'agit donc de disposer d'outils qui permettent de décrire ces processus et leurs impacts financiers au niveau des hôpitaux, en intégrant en plus la partie investissement. La partie suivante analyse l'utilisation d'un outil particulier, le retour sur investissement (ROI), dans les projets du GH HUPC.

3.2. Le calcul du retour sur investissement (ROI) : un outil meso imparfait mais qui intègre les investissements et leur impact pluriannuel

- **Les projets de chirurgie ambulatoire dans le GH HUPC**

Au sein du GH HUPC, le développement de la chirurgie ambulatoire s'articule autour de deux projets :

- l'ouverture du centre lourd d'ophtalmologie début 2017, qui regroupera les services de Cochin, Hôtel Dieu, Necker et Lariboisière,
- la création d'une unité de chirurgie ambulatoire (UCA) pluridisciplinaire sur le bâtiment Port Royal en 2017.

L'activité ambulatoire d'ophtalmologie est celle qui s'est développée le plus tôt historiquement dans le GH. Elle a aujourd'hui atteint un niveau très avancé d'activité et de maturité, avec un taux de chirurgie ambulatoire de 82%, notamment du fait de l'activité sur la cataracte. L'enjeu n'est plus tant la progression du taux de chirurgie ambulatoire que la croissance organique de l'unité avec le regroupement des services de Cochin, Hôtel Dieu, Necker et Lariboisière.

Parallèlement, le GH a souhaité disposer d'une deuxième UCA à destination des autres spécialités concernées par la chirurgie ambulatoire. En effet, l'activité ambulatoire des autres spécialités est actuellement réalisée dans des hôpitaux de jour intégrés à chaque service. En 2012, un projet a donc été lancé de création d'une UCA, devant ouvrir ses portes en septembre 2017 au sein du bâtiment Port-Royal avec 5 emplacements opératoires répartis en 4 salles (dont une comportant 2 emplacements) et 16 places. Cette structure permettra de regrouper les activités ambulatoires des services de chirurgie gynécologique, de chirurgie urologique, de chirurgie viscérale et endocrinienne, de chirurgie orthopédique, de dermatologie et de chirurgie plastique. L'objectif est de réaliser à moyen terme 6 000 actes par an.

Afin d'amorcer le virage ambulatoire sans attendre 2017, une unité de chirurgie ambulatoire transitoire a ouvert ses portes au sein du bâtiment Albarran en mai 2015. Cette structure, qui ne comporte qu'une seule salle de bloc opératoire, se veut une préfiguration de la future unité et doit permettre d'organiser dès maintenant les circuits spécifiques de la chirurgie ambulatoire en évitant les séjours forains et d'atteindre progressivement les taux cibles sur ce type de prise en charge.

Pour le projet de l'UCA de Port Royal, un dossier a été remis au siège de l'APHP pour examen et validation en raison du montant d'investissement important du projet. Ce dossier comportait un calcul de retour sur investissement (ROI), qui donne des éléments importants sur l'impact financier de la mise en œuvre de l'UCA comme structure support du développement de l'ambulance.

- **Le calcul du ROI de l'UCA de Port Royal**

L'objectif du ROI est de mesurer les impacts financiers d'un projet et la rentabilité de l'investissement. C'est un outil utilisé à l'APHP depuis 2007 : les GH doivent calculer un ROI et le soumettre au siège pour tous leurs projets structurants.

La méthode générique consiste à mettre en regard les investissements à réaliser avec l'impact du projet sur les dépenses et les recettes. En comparant les dépenses et recettes actuelles à celles issues de l'organisation future (i.e. lorsque le projet est réalisé), on peut vérifier si et à partir de quelle année le projet rapportera plus d'argent qu'il n'en a coûté. Réaliser un ROI implique donc de définir précisément le périmètre du projet en termes de services médicaux et de surfaces, à la fois en existant et pour la situation cible.

Les investissements à réaliser sont de 3 types :

- travaux : construction de surfaces ou réhabilitation de surfaces existantes,
- équipements biomédicaux et hôteliers : par exemple équipement d'une salle de chirurgie,
- systèmes d'information : « soft » (logiciel) et « hard » (serveurs et ordinateurs).

L'évolution des recettes entre la situation actuelle et la situation cible (i.e. future) intègre les activités d'hospitalisation complète et partielle et les activités externes.

L'évolution des dépenses concerne :

- les dépenses de titre 1 en personnel médical et non médical : impact du projet sur les effectifs et solde sur la masse salariale,
- les dépenses de titre 2, 3 et 4 ainsi que les dépenses indirectes et induites.

Dans le chiffrage de l'évolution des dépenses, 2 paramètres jouent un grand rôle :

- l'évolution du capacitaire en lits et places, car il sous-tend notamment l'évolution des charges liées au personnel non médical qui représente une part importante des dépenses,
- l'évolution des surfaces : une augmentation ou une diminution des surfaces a un impact important notamment sur les charges indirectes d'exploitation générale (eau, énergie, déchets, etc.).

Le tableau 3 ci-dessous récapitule les différentes rubriques à remplir pour calculer le ROI :

Catégorie	Montant (euros)
Investissements (travaux, équipements, système d'information)	Investissements nouveaux liés au projet
Excédent / déficit dégagé annuellement	Somme des lignes ci dessous
Charges de PNM	Différentiel Cible -actuel
Charges de PM	Différentiel Cible -actuel
Dépenses d'exploitation à caractère médical	Différentiel Cible -actuel
Dépenses d'exploitation à caractère hôtelier	Différentiel Cible -actuel
Charges indirectes	Différentiel Cible -actuel
Charges induites	Différentiel Cible -actuel
Amortissements	Différentiel Cible -actuel
Recettes : activité clinique	Différentiel Cible -actuel
Recettes : activité médicotechnique	Différentiel Cible -actuel
Recettes induites	Différentiel Cible -actuel
Autres recettes (MIGAC MERRI, chambres à 1 lit etc.)	Différentiel Cible -actuel

Tableau 3 : les différentes rubriques du ROI

A l'issue du chiffrage, à partir des hypothèses retenues, on obtient :

- un impact prévisionnel sur le compte d'exploitation de la structure ou du bâtiment,
- un délai de retour sur investissement : celui-ci correspond à la durée nécessaire pour que l'excédent supplémentaire annuel généré par le projet couvre les investissements nouveaux réalisés. Il dépend également de décisions prises au niveau du siège de l'APHP (part d'autofinancement et d'emprunt accordé au projet, taux d'intérêt associé).

Le ROI est construit selon un fichier Excel standardisé et fourni par le siège de l'APHP aux différents GH. Ce fichier type contient un onglet pour chacune des rubriques listées dans le tableau 3. Un onglet supplémentaire permet de calculer automatiquement le ROI et l'impact sur le compte d'exploitation.

Le calcul du ROI de l'UCA de Port Royal a été effectué en 2012 pour une UCA opérationnelle en 2017. Le projet a été accepté par le siège de l'APHP après discussions, mais ces dernières sont appelées à se poursuivre pour apporter des ajustements. Les données du ROI peuvent donc encore être revues. Aussi, les données chiffrées ne peuvent pas être fournies ici, mais la méthode de calcul est analysée pour mettre en discussion sa portée et ses limites, dans le contexte des enjeux du développement de l'ambulatoire.

Dans le cas de ce ROI, les principales hypothèses de calcul étaient les suivantes :

- un périmètre qui comprend l'UCA et le service d'urologie y compris l'hospitalisation complète. En effet, ce dernier a vocation à déménager du pavillon Albarran vers le bâtiment Port Royal peu de temps avant la mise en place de l'UCA. Le ROI concerne donc les 2 volets dans une optique de densification du bâtiment de Port Royal,
- des investissements en travaux représentant environ 80% du montant total d'investissement, sans construction nouvelle mais en reconfigurant des surfaces existantes du bâtiment de Port Royal, avec une durée d'amortissement de 15 ans,
- une réduction du capacitaire en lits d'hospitalisation complète dans les services de chirurgie digestive et orthopédique, du fait du transfert vers l'UCA de l'activité ambulatoire, avec des réductions associées en effectifs et en masse salariale pour le PNM,
- une hypothèse d'augmentation des séjours ambulatoires, pour toutes les spécialités accueillies à l'UCA : l'urologie, l'orthopédie, la chirurgie générale et plastique, la chirurgie digestive et endocrinienne, la dermatologie, la chirurgie gynécologique.

Avec ces hypothèses, un ROI prévisionnel a été calculé. Le ROI est atteint en moins de 10 ans. Cependant, plusieurs points sont importants à considérer :

- le périmètre du projet n'est pas strictement celui de l'ambulatoire. Il n'est donc pas possible de parler d'un ROI de l'UCA au sens strict, mais du ROI de densification de Port Royal. Ceci résulte des contraintes du calendrier des projets et des plans de financement.
- L'UCA représente des investissements nouveaux dans un bâtiment existant qui n'est pas encore amorti. Avec la prise en compte du reste à amortir de la construction du bâtiment de Port Royal correspondant aux surfaces qui seront utilisées par les activités transférées, le ROI s'allonge sensiblement. Cependant, à l'échelle de l'établissement, la densification du bâtiment est préférable et permet de faire baisser les coûts d'exploitation de l'établissement en compensant les charges de titre 4.
- La diminution du capacitaire en lits d'hospitalisation complète pour la chirurgie digestive et orthopédique, du fait du transfert vers l'UCA de l'activité ambulatoire, reste théorique. La fermeture réelle de ces lits ne pourra se faire qu'en restructurant ces services, ce qui induit de nouveaux investissements. Ainsi, le GH a le projet d'un regroupement des activités de chirurgie lourde de plusieurs services, dont l'orthopédie et la chirurgie digestive, à l'horizon 2020-2025. Ce projet permettrait également de reconfigurer les services d'imagerie et de réanimation chirurgicale. Il pourrait voir le jour par l'extension d'un bâtiment existant. Sur ce type de projet, l'ordre de grandeur attendu du ROI est de 15 à 20 ans, du fait des montants importants en travaux. Il apparaît donc que les baisses de charge liées à l'UCA n'interviendront donc pas immédiatement et seront conditionnées à d'autres investissements lourds qui impliquent eux-mêmes des activités non concernées par la question de l'ambulatoire.

Avec cet outil du ROI, les résultats obtenus sur le GH HUPC montrent donc bien que les gains financiers du virage ambulatoire ne sont pas immédiats et sont atteignables sur le moyen- long terme (10-15 ans), alors que les cibles de croissance du taux de chirurgie ambulatoire sont définies à court terme par les pouvoirs publics (3 ans).

- **Bilan des avantages et limites du ROI**

Au vu de ces éléments, le tableau 4 ci-dessous récapitule certains avantages et limites du ROI :

Calcul du retour sur investissement (ROI)	
Intérêts	Limites
Calcul à l'échelle des services	Périmètre pas nécessairement limité à l'ambulatoire
Mise en regard investissement/ recettes/ dépenses en pluriannuel (10-20 ans)	Incertitudes liées à l'analyse ex –ante de projets se réalisant plusieurs années plus tard

Tableau 4 : intérêts et limites du calcul du ROI

Ainsi, le ROI est un outil intéressant car il permet de prendre en compte le niveau d'investissement nécessaire pour mettre en place les structures et les organisations liées au développement de l'ambulatoire, à l'échelle d'un établissement donné. Cependant, l'impact global de l'ambulatoire peut être réparti sur des ROI différents du fait du calendrier des projets et des plans de financement (construction d'une UCA et restructuration des unités d'hospitalisation complète intervenant en décalé).

En outre, le ROI est un chiffrage ex-ante de projets devant se concrétiser plusieurs années plus tard, ce qui induit de nombreuses incertitudes sur les calculs prospectifs effectués. Une fois le projet réalisé, il est possible de construire le compte d'exploitation de la structure. Celui-ci correspond à une vision à une année N. Il donne le résultat d'exploitation sur l'année considérée en intégrant l'amortissement des investissements nouveaux, lissés sur la durée d'amortissement. Il permet d'évaluer la viabilité du fonctionnement de la structure, une fois construite ou réaménagée. Il permet également de prendre des mesures pour rendre la structure plus efficiente si besoin. Cependant, il ne permet pas de raisonner en pluriannuel pour savoir à quelle échéance les investissements réalisés seront couverts par les excédents dégagés.

Le ROI, s'il permet d'aller plus loin que les méthodes macro discutées dans les parties précédentes, ne permet donc pas de lever toutes les incertitudes sur l'impact financier du virage ambulatoire. Des pistes de réflexion sont proposées dans la partie suivante.

3.3. Comment dépasser les incertitudes sur l'impact financier ? Pistes de réflexion autour du dialogue de gestion et des questions tarifaires

Les outils présentés dans les parties précédentes ne permettent donc pas de chiffrer de manière parfaite les impacts financiers du virage ambulatoire à l'échelle de l'hôpital. Cependant, leur intérêt réside aussi dans la capacité à susciter un dialogue des différents acteurs autour du projet. Par exemple, l'exercice du ROI permet d'intégrer les contributions des médecins, des personnels paramédicaux et des différentes directions fonctionnelles (finances, affaires médicales, ressources humaines, direction des soins, etc.). Le calcul du ROI, discuté avec tous ces acteurs, vise la viabilité financière mais permet aussi partager une vision commune des évolutions à venir en termes d'offre de soins. Il constitue un support intéressant pour mettre en débat des développements d'activité, des regroupements de services ou encore des choix architecturaux. Ceci est facilité par la maquette type du ROI utilisée par l'APHP, qui permet de produire automatiquement différents scénarios de ROI et de les discuter. Au-delà du résultat quantitatif, le ROI peut donc alimenter le dialogue de gestion en interne.

D'autres outils sont également mobilisables dans ce sens. Par exemple, la HAS a mis au point une méthode de micro-costing pour la chirurgie ambulatoire⁵³. Le micro-costing est une technique utilisée en économie de la santé pour valoriser les coûts de production d'une procédure médicale. L'étude a permis une mesure de coût de deux types de traitement chirurgicaux dans deux établissements différents : le canal carpien et la méniscectomie. Le coût est obtenu pour chaque facteur entrant dans ce processus (personnel, équipement, consommables, médicaments, dispositifs médicaux, etc.), le plus souvent à partir d'une observation directe. La spécificité du micro-costing est donc d'évaluer les coûts à partir de mesures directes : par exemple les charges de personnel sont calculées à partir du temps réel d'intervention des personnels mesuré dans l'unité de soins.

La méthode a plusieurs limites : le modèle raisonne toutes choses égales par ailleurs en dehors de l'UCA (i.e. pas de modification de structure ou d'organisation au sein de l'établissement de santé) et il ne traite que d'un seul geste chirurgical. Il ne donne donc qu'une indication approximative en termes de coûts. S'il ne peut pas être utilisé pour comparer les établissements de santé entre eux, les simulations, coûts et modalités d'organisation étant en effet propres à chaque établissement, il peut néanmoins être utile

⁵³ HAS, 2015, *Construction d'un outil de microcosting en chirurgie ambulatoire, Méthodologie et résultats des sites pilotes*, Méthodes et outils, Haute Autorité de Santé, Janvier 2015, N° ISBN : 978-2-11-139062-1.

en interne aux personnels de l'UCA pour prendre conscience de certaines modalités de fonctionnement de l'unité et les améliorer.

Ces outils sont donc pertinents pour animer le dialogue de gestion, au sein duquel la dimension financière n'est qu'un des paramètres de la prise de décision. S'agissant de la chirurgie ambulatoire, les projets de développement dans les établissements sont en effet à relier à d'autres questions :

- La cohérence du projet avec le projet médical global de l'hôpital : comment les projets de chirurgie ambulatoire contribuent-ils aux grands enjeux de l'offre de soins en chirurgie sur le territoire, par exemple sur la prise en charge des personnes âgées ?
- L'amélioration de la qualité des soins : l'offre ambulatoire est un atout pour faire bénéficier les patients d'une prise en charge de meilleure qualité, et donc renforcer l'attractivité de l'établissement.
- La baisse de la DMS et l'évolution des pratiques : le développement de la chirurgie ambulatoire, par effet de comparaison, peut contribuer à réduire la DMS de séjours de plus de deux nuits.
- La densification des bâtiments, à travers la réduction du capacitaire et la construction de blocs chirurgicaux pluridisciplinaires comme les UCA.

Ces questions ne sont pas nécessairement chiffrables mais elles doivent être considérées comme des « externalités positives » du projet de développement de la chirurgie ambulatoire. Parmi ces questions, la prise en compte de la qualité et de l'innovation est centrale. Or, ces enjeux sont actuellement peu valorisés dans le système actuel de la T2A. En effet, quel que soit le modèle de calcul utilisé (ROI ou autres), l'amélioration de la qualité des soins dans les projets de chirurgie ambulatoire ne contribue pas à l'équilibre financier car les tarifs issus de la T2A n'intègrent pas ce paramètre. D'autres modèles tarifaires sont actuellement utilisés dans d'autres pays pour valoriser les aspects qualitatifs, comme la tarification à la meilleure pratique en Grande Bretagne⁵⁴. Celle-ci accorde un tarif spécifique, plus élevé, aux producteurs de soins respectant certains critères de qualité propres à chaque procédure médicale. En matière de chirurgie ambulatoire, ce type de tarification pourrait améliorer le taux de chirurgie ambulatoire et la qualité, mais représenterait un coût plus important pour l'assurance maladie. La démarche questionne ainsi le modèle de la T2A, dans lequel l'augmentation des recettes de l'hôpital en lien avec l'amélioration de la qualité se heurte à l'objectif de réduction des dépenses de l'assurance maladie.

⁵⁴ HAS, ANAP, 2013, *Tarification de la chirurgie ambulatoire en France et à l'étranger, État des lieux et perspectives, Synthèse et recommandations*, Haute Autorité de Santé, Juin 2013.

Conclusion

Le développement de la chirurgie ambulatoire peut conduire à mobiliser des indicateurs nombreux et variés. Parmi ceux-ci, le gestionnaire hospitalier devra opérer des choix pour façonner des tableaux de bord adaptés aux objectifs propres de son établissement. Ce rapport montre que certains indicateurs d'activité comme le taux de rotation ne sont pas toujours les plus pertinents pour rendre compte de la structuration de la prise en charge ambulatoire. Les indicateurs de qualité sont également très importants, et leur suivi, plus complexe, doit pouvoir s'appuyer sur des procédures automatisées.

Plusieurs enjeux importants ne sont qu'imparfaitement représentés dans les tableaux de bord recommandés : l'innovation, l'amélioration des conditions de travail ou encore la qualité des soins. Ces questions peuvent toutefois être mises en avant à travers l'utilisation d'indicateurs, et notamment ceux qui concernent le volet financier des projets, non seulement pour leur résultat chiffré mais aussi comme support de dialogue entre les acteurs. Ce dialogue autour des projets de chirurgie ambulatoire amène notamment à débattre de la transformation de l'hôpital comme lieu de vie. En effet, lors des décennies précédentes, les hôpitaux étaient aménagés comme des établissements d'accueil et de séjour d'une certaine durée pour les patients. Les mutations à l'œuvre avec la réduction de la DMS et le développement de plateformes techniques pourraient contribuer à transformer l'hôpital en une étape hyperspécialisée d'un parcours patient très ouvert sur d'autres modalités de soins (médecine de ville, HAD, éducation thérapeutique).

Bibliographie

Ouvrages

Jarrett PEM, Staniszewski A., 2006, "The development of ambulatory surgery and future challenges", in Lemos P, Jarrett PEM, Philip B (eds), *Day surgery – development and practice*, London: International Association for Ambulatory Surgery: 89–124.

Articles

Brézin A., 2011, *Éviter le déclin de la chirurgie dans les Centres hospitaliers universitaires*, L'idée d'université, Commentaire, 2011, N°133.

Dupeyron G., 2007, *Chirurgie de la cataracte, histoire récente d'un grand progrès chirurgical*, Journal français d'orthoptique, 2007, vol. 39, 10, p.71-78, ISSN 0240-7914.

Nicoll JM, 1909, *The surgery of infancy*, BMJ ii: 753–756.

Papin P., Berthonnaud E., 2014, *Pertinence du taux de rotation et du temps de présence des patients comme indicateurs de maturité fonctionnelle de la chirurgie ambulatoire*, Risques et qualité, 2014, Volume XI, N°4.

Rapports

ANAP, 2010, *Piloter l'activité, mesurer l'efficience, Répertoire d'indicateurs*, Agence Nationale d'Appui à la Performance, Paris, février 2010.

ANAP, 2013, *Chirurgie ambulatoire, mode d'emploi*, Agence Nationale d'Appui à la Performance, Paris, novembre 2013.

Bontemps G., 2011, *Estimation globale des gains économiques liés au développement de la chirurgie ambulatoire*, Agence Nationale d'Appui à la Performance.

Cour des Comptes, 2013, *Rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité Sociale, Chapitre VIII La chirurgie ambulatoire*, Cour des Comptes, septembre 2013.

Finkel S., Garrigues B., Gaubert Y., 2013, *Estimation du potentiel de chirurgie ambulatoire à moyen terme selon différentes hypothèses et les pratiques observées*, Fédération Hospitalière de France.

HAS, ANAP, 2012, *Socle de connaissances, Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire*, Haute Autorité de Santé, 2012.

HAS, ANAP, 2013, *Recommandations organisationnelles, Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire*, Haute Autorité de Santé, mai 2013.

HAS, ANAP, 2013, *Tarification de la chirurgie ambulatoire en France et à l'étranger, État des lieux et perspectives, Synthèse et recommandations*, Haute Autorité de Santé, juin 2013.

HAS, 2015, *Construction d'un outil de microcosting en chirurgie ambulatoire, Méthodologie et résultats des sites pilotes*, Méthodes et outils, Haute Autorité de Santé, Janvier 2015, N° ISBN : 978-2-11-139062-1.

IGAS, IGF, 2014, *Perspectives du développement de la chirurgie ambulatoire en France*, rapport IGAS N°2014-039R.

International Association for Ambulatory Surgery, 2006, *Day surgery, Development and practice*, London: IAAS; 2006.

International Association for Ambulatory Surgery, 2011, *Day surgery activities 2009*.

International Association for Ambulatory Surgery, European Agency for Consumers and Health, Danish Regions, 2013, *Day Surgery as the new paradigm of surgery, best practices and recommendations*, Policy Brief, Association of Danish Regions, 2013.

NHS Modernisation Agency, 2004, *10 High Impact Changes for Service Delivery and Improvement*, London.

Richard F., Baulieux J., Jaeck D., Judet H., 2014, *La Chirurgie en 2025*, Académie Nationale de Chirurgie, Paris.

Conférences

Boucon J., Marchand- Maillet F., Sciard D., Beaussier M., « Efficacité de l'automatisation du rappel des consignes préopératoires par SMS à J-1 en chirurgie ambulatoire », *in* Congrès de la Société Française d'Anesthésie et de Réanimation, 17-19 septembre 2015, Paris, Communications libres, session encadrée : Ambulatoire.

Sites internet

AFCA, *La Haute autorité de santé (HAS) veut abandonner les 2 seuls indicateurs pertinents de la qualité en chirurgie ambulatoire : l'Association Française de Chirurgie Ambulatoire (AFCA) n'est pas d'accord.* [consulté le 18 septembre 2015], disponible sur internet : <http://www.chirurgie-ambulatoire.org/fr/editos/has>

Ministère de la Santé, *La chirurgie ambulatoire : une alternative à l'hospitalisation conventionnelle.* [mise à jour le 10 juillet 2015], disponible sur internet : <http://www.sante.gouv.fr/la-chirurgie-ambulatoire-une-alternative-a-l-hospitalisation-conventionnelle.html>

Liste des personnes rencontrées

Claire Archier, chargée du contrôle de gestion à la direction des finances du GH HUPC, entretien du 7 juillet 2015.

Pr Antoine Brézin, chef du pôle ophtalmologie, ORL, chirurgie ambulatoire du GH HUPC, entretien du 15 juillet 2015.

Dr Jérôme Frenkiel, directeur de l'Information Médicale du GH HUPC, entretien du 6 août 2015.

Patrice Garcia, directeur du système d'information du GH HUPC, entretien du 16 septembre 2015.

Hélène Gilardi, adjointe au Directeur du GH HUPC, entretien du 7 avril 2015.

Anne Claude Gritton, directrice des finances du GH HUPC, entretien du 7 juillet 2015.

Dr Gilles Guerrier, médecin anesthésiste réanimateur, GH HUPC, entretien 22 septembre 2015.

Olivier Guigou, direction des Affaires Médicales et de la Stratégie du GH Henri Mondor, entretien du 6 août 2015.

Younes Guillouli, équipe EPOD Efficience des Pratiques, des Organisations et de la Dépense, ARS Ile de France, entretien du 26 mai 2015.

Annick Morvan, cadre de santé de l'UCA Albarran, GH HUPC, entretien du 9 juin 2015.

Carine Payen, chargée des relations avec les usagers et les associations, Direction de la qualité du GH HUPC, entretien du 5 août 2015.

Agnès Petit, directrice de la qualité du GH Pitié Salpêtrière, entretien du 29 mai 2015.

Pr Henri-Jean Philippe, chef du service de chirurgie ambulatoire du GH HUPC, entretien du 21 mai 2015.

Pascale Rocher, direction du pilotage de la transformation, APHP, entretien du 17 avril 2015.

Pr Marc Samama, chef du service d'anesthésie et réanimation chirurgicale du GH HUPC, entretien 22 septembre 2015.

Brigitte Scherb, Coordinatrice Générale des Soins du GH HUPC, entretien du 16 septembre 2015.

TROY

Billy

Décembre 2015

FILIÈRE ELEVE DIRECTEUR D'HOPITAL

Promotion 2014-2016

Le pilotage du développement de la chirurgie ambulatoire : portée et limites d'une démarche par les indicateurs.

L'exemple des Hôpitaux Universitaires Paris Centre de l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris.

Résumé :

Le développement de la chirurgie ambulatoire est une priorité nationale. Afin de piloter ce changement dans les hôpitaux, des indicateurs ont été proposés par différentes institutions. Ils portent sur plusieurs dimensions inter-imbriquées : activité, qualité des soins et performance organisationnelle. Cependant, leur mise en œuvre pratique fait apparaître plusieurs limites et appelle à des ajustements.

Ainsi, les indicateurs d'activité, comme le taux de rotation des places de l'Unité de Chirurgie Ambulatoire, sont utiles mais ne permettent pas à eux seuls de mesurer le développement d'une « culture » de l'ambulatoire. Des indicateurs plus qualitatifs sont nécessaires et leur mise en œuvre nécessite de développer des procédures automatiques et numériques de collecte de données.

L'impact financier pour les hôpitaux du développement de l'ambulatoire n'est pas directement évalué par les indicateurs classiques. D'autres outils peuvent être utilisés, comme le retour sur investissement, dont l'intérêt réside aussi dans la capacité à susciter un dialogue des différents acteurs autour d'un projet structurant.

Mots clés :

Indicateurs, tableau de bord, chirurgie ambulatoire, retour sur investissement, qualité des soins, taux de rotation, satisfaction des patients, UCA.

L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.